“PEER SUPPORT EN PEER EDUCATION :

EEN METHODIEK VOOR AIDSPREVENTIE NAAR INJECTERENDE DRUGGEBRUIKERS”

7 & 8 november 1995

Alfa Theaterhotel, Antwerpen

VAD - Free Clinic - NIAD

VERSLAGBOEK

VOORWOORD

Voor u ligt het verslagboek van het seminarie "Peer support en peer education : een methodiek voor Aidspreventie naar injecterende druggebruikers" van 7 en 8 november 1995. De uitnodiging voor dit seminarie was gericht naar professionelen en vrijwilligers (druggebruikers en ex-druggebruikers) die actief zijn in het werkveld van de drugs.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) en Free Clinic konden dit tesamen met het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD) organiseren dankzij de financiële steun van de Europese Gemeenschap.

Toen we door het NIAD werden gevraagd om samen met hen in Vlaanderen een seminarie te organiseren in het kader van wat heette "The European Peer Support and Peer Education Project, Phase II", waren we zelf erg enthousiast.
Het theoretisch kader, de benaderingswijze van dit project lag helemaal in de lijn van het Cool-project, waarmee we al enkele jaren aan Aidspreventie bij injecterende druggebruikers te doen. Bovendien voelden we in het Cool-project al een tijdje de behoefte om, na jarenlang zinvol veldwerk in diverse regio's in Vlaanderen, uitgangspunten, methodieken en ervaringen uit te wisselen met een grotere groep professionelen en (ex-)druggebruikers.

Samen met Cas Barendregt van het NIAD bereidden we het seminarie voor. We wilden een programma waar we zelf helemaal achter konden staan. Bleef enkel nog de vraag in hoeverre het seminarie bij de deelnemers zou aanslaan.
Er is slechts één manier waarop we dit konden te weten komen, namelijk door het aan de deelnemers zelf te vragen. Een schriftelijke en anonieme bevraging leek ons hiertoe de meest voor de hand liggende methode. Zo kon iedereen open en eerlijk voor zijn mening uitkomen.

De bedoeling van deze bevraging was om de seminaries, die we in de toekomst nog zullen organiseren, kwalitatief bij te sturen.

Dit verslagboek begint met een weergave van de belangrijkste bemerkingen die we van de deelnemers kregen. Daarna volgen, in volgorde van presentatie op het seminarie zelf, de teksten van de verschillende sprekers.

Inhoudstafel

Voorwoord

Evaluatie van het seminarie door de deelnemers zelf 2

Peer support en peer education 11
Cas Barendregt, Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD)

Peer support en peer education: een methodiek voor Aidspreventie naar injecterende druggebruikers 19
Hilde Kinable, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) - Free Clinic

Ervaringen van een jobiste met het Cool-project in Sint-Niklaas 25
Anneke Weyn, Jobiste in Sint-Niklaas en Gent

HIV/AIDS en injecterend druggebruik in Europa en België: enkele cijfergegevens 29
Dirk Van Hove, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (IHE)

Hepatitis en AIDS bij injecterende druggebruikers 32
Sven Todts, Free Clinic

Informele regulering door druggebruikers 38
Tom Decorte, Faculteit Criminologie, K.U. Leuven

Straathoekwerk: een overzicht op gebied van doelgroepen, doelstellingen en methodische aanpak 46
Konings Boudewijnstichting, 27 oktober 1994: rondetafelconferentie straathoekwerk
(n.a.v. de voordracht van Guy Hoeven, Mardijk)

Een zelforganisatie van druggebruikers en hun ervaringen met peer education 54
Martine Hutsebaut, Debed

EVALUATIE VAN HET SEMINARIE DOOR DE DEELNEMERS ZELF

I. De evaluatievragenlijst

Aan de deelnemers werden 13 evaluatievragen, zowel open als gesloten vragen, voorgelegd. 27 deelnemers vulden het formulier in : 17 professionelen en 10 vrijwilligers. Zes deelnemers onder hen namen niet deel aan de volledige tweedaagse (variërend van één tot anderhalve dag).

Deze synthesetekst is samengesteld op basis van de individuele evaluatieformulieren en wordt hier en daar van commentaar voorzien door het Cool-team.

II. Bevindingen van de ingeleverde evaluatievragenlijsten

1. Een algemeen positieve weerklank

Wat bij een eerste blik op de formulieren opviel, was de zeer positieve weerklank op het seminarie. Blijkbaar beantwoordde het seminarie aan een aantal noden en behoeften die leven bij (laagdrempelige) hulpverleners en vrijwilligers.
Wat steekt achter deze appreciatie ? Wij selecteerden drie hoofdpunten.

1.1. De samenstelling van de deelnemersgroep

De deelnemers zijn opgetogen over het feit dat nu eens eindelijk druggebruikers en hulpverleners samengebracht worden. Druggebruikers zijn uiteindelijk dé ervaringsdeskundigen bij uitstek wanneer het gaat over risicogedrag bij deze doelgroep.

1.2. De combinatie van theorie en praktijk

De deelnemersgroep bestond vooral uit praktijkmensen. Uit de commentaren bleek dat ze op zoek waren naar inzichten, verhalen, ervaringen die hun praktijk kunnen verbeteren. Over het algemeen was men tevreden over de verhouding tussen het deel theorie en het deel praktijk. Verschillende deelnemers vonden wel dat de eerste dag wat zwaar uitviel; alle theorie was immers gereserveerd op de eerste dag. Hoewel theoretische duiding noodzakelijk is, wordt op studiedagen en seminaries vaak de praktijk achterwege gelaten of tot een minimum beperkt, zodat men toch een beetje op zijn honger blijft zitten. Dit bleek ook duidelijk uit het overweldigend succes dat de praktijkverhalen oogstten : het verhaal van Anneke Weyn en van Guy Hoeven scoorden erg hoog. Hoewel dit seminarie al behoorlijk wat aandacht schonk aan de praktijk, was er toch vraag naar nog meer praktijk, nog meer oefeningen.

Wat betreft het theoretische deel gaven veel deelnemers aan dat dit seminarie hen heeft duidelijk gemaakt wat de theoretische begrippen harm reduction, peer education en peer support betekenen en hoe deze begrippen in de praktijk kunnen worden omgezet. Opvallend is

ook (en de tweede dag bevestigt dit) dat er een grote honger is naar gedetailleerde medische kennis. De informatie over de verschillende vormen van hepatitis bleek voor veel deelnemers nieuw te zijn.

In tegenstelling tot de eerste dag was de tweede zeer praktijkgericht. De rollen werden nu omgedraaid. De (ex-)druggebruikers waren de ervaringsdeskundigen die hun kennis aan de hulpverleners overdroegen.
Zo was één van de oefeningen het bereiden en zetten van een shot. Veel professionelen waren verbaasd over de gedetailleerde kennis die men nodig heeft om op een behoorlijke manier een shot te kunnen zetten. Dit deed bij hen het besef rijzen dat indien men aan preventie wil doen, men eerst goed moet beseffen waarover men het heeft. Slechts indien men weet wat men allemaal moet doen om een shot te zetten, kan men ook inzien op welke punten er risico's aan verbonden kunnen zijn. En pas wanneer men deze risico's onderkent, kan men er iets aan proberen te doen.
De reacties van de (ex-)druggebruikers waren van een heel andere aard. Sommigen vroegen zich af waarom het eigenlijk nodig is om professionelen te laten kennismaken met spuittechnieken. Anderen waren verbaasd over de beperkte kennis over spuittechnieken bij de werkers. Sommige (ex-)druggebruikers vonden het prepareren van een shot te confronterend voor zichzelf. Het waren vooral diegenen die definitief gestopt waren met drugspuiten die het er moeilijk mee hadden.

1.3. *De organisatie*

De deelnemers waren tevreden over de begeleiding en de organisatie van het seminarie.
De luxueuze accommodatie wekte tegengestelde reacties op. Sommigen vonden het zeer positief dat ze eens op deze manier werden ontvangen. Anderen gaven hierop ernstige kritiek. Men vond het ongepast dat in een sector waar er een voortdurend geldgebrek is en een gevecht om subsidies zo met geld werd gesmeten.

Beide visies kunnen wij begrijpen. Onze motivatie voor een dergelijke lokatie had verschillende redenen. Eerst en vooral wilden we onze tijd zo nuttig mogelijk gebruiken. Dit wil zeggen, geen tijdverlies door het verhuizen van de ene lokatie naar de andere, geen tijdverlies door verplaatsingen tussen restaurants, seminarielokalen en hotel.
Een andere reden hiervoor was dat er vanwege de Europese Gemeenschap een ruim budget was voorzien. Indien dit niet zou worden besteed, zou al het geld terugvloeien naar de EG. We vonden dat we daarom beter dit geld konden besteden aan het verwennen van mensen die dit meestal niet zo gewoon zijn. De sociale sector is niet ruim bedeeld, en wat betreft de (ex-) druggebruikers vonden we het een unieke gelegenheid om hen op deze manier te bedanken voor hun onbaatzuchtige inzet in diverse projecten.

De organisateren keken nogal op van het wispelturige gedrag van de deelnemers bij de inschrijving. Sommigen bevestigden mondeling hun deelname en trokken ze daarna op het laatste nippertje weer in, wanneer de kamers reeds gereserveerd waren en dus moesten worden betaald. Anderen stuurden zonder te verwittigen vervangers, of extra deelnemers. Door dit onverantwoorde gedrag werden we genoodzaakt om in de laatste week inschrijvingen te weigeren.
Die wispelturigheid was er ook op het seminarie zelf. Deelnemers verlieten voortijdig het seminarie, of stuurden vervangers op de tweede dag. We vonden dit erg spijtig en bovendien

erg inconsequent wanneer men weet dat hulpverleners vaak zeer strenge eisen stellen wat betreft stiptheid van hun doelgroep.

2. Overzicht van de gesloten vragen en een selectie uit de commentaren

2.1. Het seminarie heeft me gestimuleerd om te werken met peer support en peer education

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	18	6			

Iedereen voelde in mindere of meedere mate door het seminarie ertoe aangezet om te gaan werken met de methodieken van peer support en peer education.

2.2.a. Ik heb iets geleerd in verband met veiliger gebruik

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	18	6	2	3	

De meesten hebben ook iets bijgeleerd over veiliger gebruiken. Diegenen die dit niet vonden, waren de ervaren (ex-)druggebruikers. Dit is niet verwonderlijk, aangezien de meesten onder hen in het verleden actief werden ingeschakeld in Aidspreventieprojecten, waarvoor ze werden opgeleid.

2.3.a. Ik heb iets nieuws geleerd in verband met veiliger vrijen

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	8	2	6	10	

Ongeveer één op drie heeft de indruk dat ze iets hebben opgestoken over veilig vrijen. Dit is een opmerkelijk gegeven na de intensieve informatiecampagnes die de overheid de afgelopen jaren voerde rond Aidspreventie. Wellicht zaten de praktijkoefeningen hier voor iets tussen. Iedereen weet ondertussen wel dat je een condoom moet gebruiken om jezelf tegen het HIV te beschermen, maar het echt doen en praten over specifieke kleine details waarop je moet letten, is een andere zaak.

2.4. Het seminarie gaf me inzicht in het verschil tussen zelfhulp, peer support en peer education

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	19	4	1		

De uiteenzettingen hebben voor de meesten bijgedragen tot een beter inzicht in de verschillende theoretische begrippen.

2.5.a. Voor beroepskrachten: Ik heb concrete ideeën over op welke wijze peer support en peer education initiatieven vanuit mijn organisatie ondernomen kunnen worden

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	9	4	1	2	

Hoewel mensen zich gestimuleerd voelden om het ideeëngoed te gaan toepassen in hun organisatie, bestond er toch nog heel wat onduidelijkheid over de mogelijkheden hiertoe. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat de filosofie van waaruit de meeste hulpverleningsinstellingen werken niet die van de harm reduction is. Hoewel harm reduction sinds vorig jaar door onze regering als aanvaardbaar kader wordt aanzien om aan drughulpverlening te gaan doe, is deze idee nog niet ingebed in de bestaande structuren.

2.5.b. Voor vrijwilligers: Ik heb concrete ideeën over op welke wijze ik peer support en peer education initiatieven in mijn omgeving kan toepassen

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	8	1			

Bij de vrijwilligers is dit denkkader reeds ingeburgerd. Niet verwonderlijk, gezien het feit dat druggebruikers eigenlijk in de praktijk steeds bezig zijn met harm reduction en peer support en peer education.

2.6. Het programma van dit seminarie is geschikt bij de opzet van nieuwe seminaries over hetzelfde onderwerp met dezelfde soort doelgroep

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	16	8	1		

Op één persoon na vond men de formule van het seminarie geschikt om nieuwe seminaries te organiseren over hetzelfde onderwerp met dezelfde doelgroep.

2.7. Het seminarie heeft me nieuwe inzichten gegeven over hoe ik de "veiliger gebruiken" boodschap kan overbrengen

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	12	7	4	2	

Veruit de meesten kregen een nieuw zicht op de wijze waarop men aan druggebruikers de boodschap kan overbrengen hoe ze veiliger kunnen gaan gebruiken. Weten hoe je moet gebruiken leidt inderdaad tot een beter begrip van preventie. Enkel een aantal (ex-) druggebruikers leerden op dit vlak weinig of niets bij (cfr. 2.2.a.).

2.8. Het seminarie heeft me nieuwe inzichten gegeven over hoe ik de "veiliger vrijen" boodschap kan overbrengen

akkoord	0	0	0	0	niet akkoord
	7	6	8	5	

De antwoorden op deze vraag liggen veel meer verspreid over de verschillende antwoord-mogelijkheden. Hoewel seks en veiliger vrijen zowel voor druggebruikers voor bij niet-druggebruikers een relevante preventieboodschap is, is de communicatie hierover echter niet zo evident. Onder de deelnemers aan het seminarie bevonden zich wel een aantal mensen die ervaren zijn in het praten over veiliger vrijen : de werkers van organisaties voor prostitué(e)s (Payoke, VIKINA en Adzon), en de jobisten en vrijwilligers van Aidspreventieprojecten.

3. Overzicht van de open vragen en een selectie uit de commentaren

3.2.b. Wat heb je geleerd over veiliger gebruik?

(1) Het meest voorkomende antwoord op deze vraag was dat men zich er tot dan toe niet van bewust was dat ook andere materalen die men gebruikt om een shot te zetten, moeten worden ontsmet om besmetting met HIV of hepatitis te voorkomen. Daarom vond men de affiche ook erg goed. Een aantal hulpverleners drukte zijn verbazing uit over de complexiteit van het voorbereiden en het zetten van een shot. Eén iemand formuleerde het als volgt :

> "Gebruiken gaat verder dan het injecteren, maar behelst de ganse leef- en ervaringswereld waarin dit injecteren zich afspeelt. Veiliger gebruik houdt dan in dat er in die ganse leefwereld aan een gedragscode wordt gewerkt."

Door de aandacht te richten op het hele gebeuren rond het bereiden en zetten van een shot, werd even stilgestaan bij de praktische problemen van het veiliger gebruiken. Men kreeg alles door de bril van een druggebruiker te zien, en dat vonden veel mensen erg leerrijk.

Hoewel het Cool-project al jaren onder druggebruikers het gebruik van bleekwater (javel) promoot als ontsmettingsmethode voor vuile spuiten, bleken toch nog heel wat hulpverleners niet op de hoogte van deze techniek.

Al deze bevindingen hebben een erg belangrijke implicatie. Zij tonen aan dat hulpverleners eerst grondig moeten worden voorgelicht over veiliger gebruiken vooraleer men ze aan Aidspreventie naar druggebruikers laat doen. Er wordt te vaak van uitgegaan dat hulpverleners wel weten welke boodschap ze moeten meegeven : "als je vrijt, gebruik dan een condoom, en als je spuit, gebruik dan steeds een nieuwe spuit". Dit seminarie heeft aangetoond dat het toch wel iets ingewikkelder is. Bovendien mag je de hele leefwereld, de context waarin wordt gebruikt, ook niet uit het oog verliezen.

(2) Wat men ook erg boeiend vond, was de praktijkoefening rond overdosissen. Hoewel de meesten wel in theorie wisten hoe men moet reageren bij een overdosis, bleken de niet-druggebruikers veel te voorzichtig in de praktijk. Een belangrijke inbreng vanwege de drugge-bruikers was dat men de 100 niet mag verwittigen, want dat die onmiddellijk de politie op de hoogte brengen. Zij wisten te vertellen dat dit niet het geval is bij de 105.

(3) Een ander onderwerp dat velen aansprak, dat hen iets nieuws bijbracht, was de uiteenzetting van Sven Todts over de verschillende vormen van hepatitis en de betekenis ervan voor druggebruikers. Hierover wordt meestal niet gesproken. Hoewel een hepatitisbesmetting veel vaker voorkomt bij druggebruikers dan een infectie met het HIV in België, is men over het algemeen meer geïnformeerd over de risico's op een HIV-besmetting bij druggebruikers. Nochtans voelt een druggebruiker zich veel meer aangesproken wanneer men het heeft over de risico's op een hepatitisbesmetting dan wanneer men spreekt over HIV. Aangezien wijze van overdracht, en dus ook de preventiemethoden, voor beide soorten infecties dezelfde zijn, kan men dus beter ook praten over hepatitis bij preventieve acties.

3.3.b. Wat heb je geleerd over veiliger vrijen?

Terwijl iedereen wel dacht te weten hoe ze een condoom moeten gebruiken, bracht de praktijkoefening onverwacht toch extra informatie aan voor sommigen. Er waren twee elementen die in deze oefening werden aangehaald, die voor velen nieuw waren :

- De techniek van het aanbrengen van een condoom met de mond : Dit is nauwelijks verbazingswekkend, aangezien dit een trucje is dat vooral onder prostituées bekend is, en ook vooral voor deze doelgroep relevant is;
- Het feit dat een verkeerd aangebracht condoom moet worden weggegooid, omdat ook het voorvocht besmetting kan veroorzaken : Dit was waarschijnlijk nooit aan bod gekomen in een discussie over condoomgebruik. Het kwam aan het licht doordat een groepslid deze fout maakte bij de condoomestafette.

Een veel gemaakte fout bij het aanbrengen van de condooms was dat men het topje bij het afrollen niet dichtgeknepen hield, zodat de nog aanwezige lucht de kans op knappen tijdens het vrijen vergroot.

Hoewel sommigen meldden dat een aantal onzekerheden i.v.m. veiliger vrijen opgelost werden, was er ook iemand die zich nog steeds wat onzeker voelde op sommige punten. Dit is niet zo verwonderlijk, aangezien het geen alles-of-niets kwestie is. Slechts één manier van vrijen is 100% veilig, en dat is NIET vrijen. Daarom wordt ook steeds gesproken over veiligER vrijen i.p.v. veilig vrijen. Het komt er op aan dat je voor jezelf en je partner de risico's op besmetting realistisch kan leren inschatten. Zo mag je er bijvoorbeeld van uitgaan dat een condoom, mits correct gebruik, een goede bescherming biedt tegen het HIV. Nochtans kan niemand garanderen dat je nooit kan worden besmet als je een condoom gebruikt. Maar dat is wel redelijk onwaarschijnlijk.

3.9. Welk deel beviel je het meest en waarom ?

Hoewel het hele seminarie over het algemeen erg positief werd gewaardeerd, vielen toch enkele onderdelen meer in de smaak dan andere.

Men was erg lovend over de tweede dag, met name de praktijkoefeningen, en de meest geprezen oefening was de overdosisoefening. Wat betreft de eerste dag werden velen getroffen door de verhalen van Anneke Weyn en van Guy Hoeven, niet toevallig "praktijk-

verhalen", en van Sven Todts, die veel praktische informatie gaf en een antwoord kon bieden op vragen die leefden in het publiek.
Enkele keren werd ook vermeld dat men vooral de combinatie theorie - praktijk zeer goed vond.

Verder werd de aanwezigheid van (ex-)druggebruikers op het seminarie enorm geapprecieerd. Men is zoiets niet gewoon in Vlaanderen, terwijl deze mensen toch kennis bezitten die niemand anders heeft. De aanwezigheid van (ex-)druggebruikers deed sommigen met andere ogen naar hen zien. Er bestaat namelijk niet zoiets als DE druggebruiker. Het zijn ook mensen, met hun goede en minder goede eigenschappen, met dromen en verlangens, sommigen met een sterk verantwoordelijkheidsgevoel, anderen minder, net zoals dit bij niet-druggebruikers het geval is.

Een element dat door velen erg zinvol en leerrijk werd ervaren, maar dat niets te maken had met de organisatie van het seminarie zelf, waren de informele babbels tussendoor. Men kwam in contact met mensen die ongeveer met hetzelfde bezig waren, en dit gaf sommigen een bemoedigend gevoel. Laagdrempelige hulpverlening voor druggebruikers komt nog steeds te weinig voor, zodat men vaak het gevoel heeft dat men alleen staat. Wanneer men anderen ontmoet die vanuit eenzelfde denkpiste en op een gelijkaardige manier met druggebruikers werken, kan dit een hart onder de riem steken. Regelmatig werden ook gedachten uitgewisseld over de verschillende soorten hulpverlening.
Verder vonden velen de disussies die ontstonden na het uitvoeren van de opdrachten zeer interessant.

3.10. Welk deel beviel je het minst en waarom ?

Een veel voorkomende kritiek was dat de eerste dag te zwaar was. Er werd teveel informatie gegeven op te korte tijd.

De oefening in het bereiden van een shot werd door de meerderheid van ex-druggebruikers enorm moeilijk gevonden. Het drukte hen met hun neus op hun verleden. Sommigen kregen zin (indien ze nog niet zo lang geleden gestopt waren met gebruik). Anderen *wilden* zich gewoonweg niet meer herinneren hoe men een shot moet klaarmaken; het was voor hen veel te confronterend. Opvallend was dat de deelnemers die zelf nooit gebruikt hebben, dit niet opmerkten, terwijl de gebruikers en ex-gebruikers elkaar zeer goed aanvoelden. Zij konden elkaar dan ook door dit moeilijke moment heen helpen.

3.11. Heb je opmerkingen over de begeleiders ?

De begeleiding kreeg niets dan lof. Men vond zowel de organisatie, de voorbereiding als de voordrachten zeer goed. De begeleiders werden omschreven als stimulerend, aanzettend tot discussie, enthousiast, spontaan, passioneel, diepmenselijk, ...
Vooraleer we naast onze schoenen gaan lopen, vermelden we de relativerende opmerking die iemand maakte : het was een braaf en gehoorzaam publiek, waardoor de coördinerende capaciteiten van de begeleiders niet (volledig) op proef werden gesteld. Gezien het feit dat dit voor ons ons eerste seminarie over dit onderwerp en met dit publiek was, zijn wij u hier zeer dankbaar voor !

Verder prees men de samenwerking met de rest van de groep, en het feit dat iedereen aan bod kon komen.

3.12. Wat ontbrak aan het seminarie ?

De antwoorden op deze vraag varieerden erg : van "zachtere stoelen" tot "spuitenruil". Toch kwamen een aantal opmerkingen in verschillende evaluatieformulieren terug.

Men had een sterke behoefte aan een adressenlijst van de andere aanwezigen. Dit werd genoteerd : op het einde van dit verslagboek werd een lijst opgenomen.
De kennismaking met de verschillende deelnemers had ook beter plaatsgevonden aan het begin van het seminarie.

Hoewel men de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen apprecieerde, vonden sommigen toch dat er nog meer (ex-)druggebruikers bij het seminarie hadden mogen betrokken worden, omdat zij over zeer goede en realistische informatie en tips beschikken.

Zeer velen kloegen over een acuut tijdsgebrek. Om de materie optimaal te kunnen behandelen, had een dag extra nuttig geweest. De eerste dag zou op deze wijze wat minder belast zijn geweest, en er was meer tijd geweest om nog wat dieper te kunnen ingaan op sommige aspecten.

Tenslotte ontbraken voor sommigen inhoudelijke gesprekstechnieken om zelf aan de slag te gaan met gebruikers rond peer support en peer education. Men miste praktische tips om met gebruikers om te gaan, aandachtspunten, aan welke vereisten een goede "peer supporter" of "peer educator" moet voldoen.

3.13. Heb je suggesties en opmerkingen over het seminarie ?

De suggesties die werden gedaan hebben soms rechtstreeks te maken met de bemerkingen op het seminarie.

Een eerste reeks suggesties betreft de beschikbare tijd : men wil meer tijd, bijvoorbeeld één avond meer (voor meer contacten met anderen), of één dag meer (om meer uit te diepen).

Andere suggesties staan in verband met de onderverdeling in groepjes. Men wil nog kleinere subgroepjes voor de oefeningen, en meer afwisseling in de vorming van groepjes, niet steeds dezelfde verdeling.

Op inhoudelijk vlak werd gevraagd om het praktische gedeelte nog meer uit te bouwen. Men stelt dat theorie goed is, maar dat je dat op veel plaatsen aangeboden krijgt. Praktijk wordt doorgaans te weinig voorzien. Het is hierbij ook van belang om druggebruikers te blijven betrekken bij dergelijke seminaries.

Een laatste tip was een herhaling van het seminarie om eens te zien hoe de ideeën concreet uitgewerkt werden in tussentijd.

III. Besluit

Wij danken u allemaal oprecht voor deze eerlijke reacties, en ook voor de vele bemoedigende opmerkingen. Wij zijn gelukkig dat toch heel wat mensen blijkbaar iets gehad hebben aan dit seminarie. (Wij trouwens ook !)

Wij danken u ook voor uw aanwezigheid. Het seminarie kon slechts een succes worden wanneer iedereen zich ervoor inzette. Het was zeker geen éénrichtingsverkeer.

In de toekomst, wanneer we opnieuw iets dergelijks organiseren, zullen we vast en zeker rekening houden met de opmerkingen en suggesties die we van u kregen. We vonden ze zeer zinvol.

Tot slot willen we nog kwijt dat het ons deugd deed te ervaren dat ook in Vlaanderen mensen warm te krijgen zijn voor een hulpverlening en een preventiebeleid die gebaseerd zijn op respect voor het individu, en op de overtuiging dat druggebruikers ook mensen zijn die zich verantwoordelijk willen en kunnen gedragen.

PEER SUPPORT & PEER EDUCATION

Cas Barendregt, NIAD

Ik ga in dit praatje in op peer support en peer education. Eerst zal ik proberen
-een aantal relevante begrippen te verduidelijken.
-dan zal ik iets zeggen over het europese peer support project fase I + II,
-hierin hoort dit seminar thuis en een onderzoek onder druggebruikers,
-en ten slotte wil ik een aantal overwegingen over manier van organiseren van peer support met u delen.

Twee jaar geleden, eind 1993, ging het eerste deel van het Europese Peer Support project van start, met behulp van een subsidie van de Europese Commissie. Het initiatief voor dit project is genomen door het NIAD op basis van een aantal ervaringen in Nederland die gebruik maakten van het Peer Support principe.

Harm Reduction
Peer support als methode past uitstekend in het Harm Reduction denken. Harm reduction is een manier van denken over druggebruik die eerst goed is opgekomen sinds halverwege de jaren tachtig toen de AIDS epidemie om zich heen greep. Het drong toen bij hulpverleners door dat abstinentie een mooi streven is maar dat als mensen ondertussen doodgaan aan AIDS het nastreven van abstinentie onzinnig is.

Harm reduction accepteert druggebruik als fenomeen. Harm reduction accepteert dat er mensen zijn die drugs gebruiken en niet toe zijn aan het stoppen met drugs gebruiken. Deze mensen moet je niet benaderen met de afkickboodschap maar het is de plicht je in te spannen voor het beperken van de schade die druggebruik met zich mee brengt. Hoevaak zien we niet dat mensen slechts een periode in hun leven verslaafd zijn. Op een gegeven moment stopt een groot deel van de mensen met het gebruiken van illegale drugs. Niet alleen vanwege de hulpverlening maar vaak gewoon omdat ze er overheen groeien. De opdracht die Harm reduction met zich mee brengt is mensen met zo weinig mogelijk schade door deze periode van hun leven heen te loodsen. Dat kan op individueel niveau door het aanbieden van laagdrempelige hulpverlening en toegankelijke en praktische preventie maatregelen. Maar juist ook op een groter plan door de de vormgeving van lokaal en nationaal drugbeleid.

Peer Support
Wat is nu eigenlijk peer support. Peer support is niet nieuw. Peer support gebeurt al op ruime schaal binnen de drug scene nu. Peer support zijn al die handelingen waarbij gebruikers elkaar onderling ondersteunen en helpen. Hoewel druggebruik vaak wordt gezien als een individualistische en egoistische aangelegenheid, komt het maar al te vaak voor dat gebruikers elkaar helpen en ondersteunen. Dit varieert van samen geld verdienen en drugs delen tot het verlenen van onderdak en het delen van belangrijke informatie. Niet nieuws onder de zon dus. Bij Peer Support als methode wordt van dit mechanisme gebruik gemaakt en wordt de onderlinge ondersteuning gestimuleerd.

Peer Education
Peer Education is anders dan peer support en gaat niet zo zeer uit van het gelijkheids principe en onderlinge ondersteuning alswel van het leraar-leerling principe. Er zijn opgeleide peer educators die aan hun peers in de drugsscene kennis en vaardigheden proberen over te dragen.

Self-help
Selfhelp is ook een veel gebruikte term in het raamwerk van druggebruik en verslaving. Echter self-help suggereert dat mensen ziek zijn en geholpen moeten worden. Toen in de jaren 70 de eerste junkybonden ontstonden verzetten zij zich hevig tegen tegen dit self-help concept. Zij wensten zich niet als ziek te beschouwen. Het is dit ziekteconcept dat we bij Peer Support en Education proberen te vermijden.

Tussen Peer Support en Peer Education zijn een aantal organisatorische verschillen denkbaar. Peer Support in de praktijk zien we vooral vormgegeven door belangengroepen van druggebruikers, zoals junkybonden, gebruikersorganisaties. Zij zijn min of meer afgeleid van het vakbond idee. Meestal echter zonder betalende leden. Gebruikersorganisaties funktioneren meestal autonoom, zij het dat ze vaak financieel worden gesteund door lokale overheid of hulpverlening.

Peer Education is meestal vormgegeven door bestaande hulpverlenings- of preventieorganisaties. Zij zetten op een of andere manier druggebruikers in voor verbetering van de gezondheid van druggebruikers. Voorbeelden in Nederland zijn o.a. te vinden in Rotterdam en Nijmegen en Vlissingen.

Europese context
Deze bijeenkomst vandaag en morgen vindt plaats in het kader van European Peer Support Project phase II. Zoals u kunt vermoeden is dit vooraf gegaan door een phase I waar ik even bij stil wil staan. In phase I hebben we in samenwerking met lokale partners trainingen georganiseerd voor druggebruikers. Doel van de trainingen was de deelnemers te stimuleren Peer Support in de praktijk te brengen. We hebben trainingen georganiseerd in Nederland, Duitsland, Frankrijk, Spanje, Italië en Engeland. In zes landen dus.

De trainingen concentreerden zich rondom drie onderwerpen:
-safer sex and safer use
-hoe je de safer sex and safer use boodschap kunt overbrengen
-hoe je je als gebruikers kunt organiseren

We zijn er niet in elk van de deelnemende landen in geslaagd uitsluitend druggebruikers op de training te krijgen. In sommige landen hadden we een gemixte groep met zowel gebruikers als hulpverleners. De impact van de diverse trainingen was mede daarom verschillend. In Frankrijk resulteerde de training in de oprichting van een gebruikersorganisatie in een voorstad van Parijs. In Oxfort, Engeland, hebben de deelnemende gebruikers een leuke tijd gehad, als deelnemers wel degelijk iets geleerd over AIDS en AIDS preventie maar verder is er niets uit voorgerold. Wel leerden wij iets van de training in Oxfort: gebruikers zijn op zich niet of slechts weinig geinteresseerd in AIDS als thema.

In de landen waar we met een gemixte groep van gebruikers en professionals hebben gewerkt hebben kwamen een aantal opvallende zaken aan het licht. Professionals en gebruikers werkten samen op basis van gelijkwaardigheid. Druggebruikers konden hun expertise overdragen aan professionals. En professionals kunnen het niet meer zomaar hebben over 'ze' want 'ze' zitten er gewoon bij. Het is onder andere om deze redenen dat we in het project van dit jaar hebben geprobeerd wederom gebruikers en profs bij elkaar te krijgen.

Een tastbaar resultaat van het Peer Support Project fase I is de uitgave van een handboek over peer support in de 6 talen van de deelnemende landen. Inmiddels is het handboek ook nog vertaald in het Portugees en Hongaars. De thema's in het handboek komen grotendeels overeen met de inhoud

van de trainingen: het Peer Support concept, de organisatie van Peer Support, de safer sex en safer sex boodschap, en methoden waarop de boodschap kan worden gecommuniceerd met de doelgroep.

Het handboek is ook de basis voor Peer Support project fase II. We hebben opnieuw subsidie gekregen voor het organiseren van trainingen. Deze keer hebben we de doelgroep iets anders gekozen. Het project is deze keer meer gericht op professionals en sleutelfiguren die het Peer Support concept verder kunnen ontwikkelen. U dus.

We werken dit jaar niet in Nederland en Engeland. We vinden dat de zaken daar op Peer Support gebied redelijk goed zijn geregeld of beter gezegd er voldoende voedingsbodem is voor de ontwikkeling van Peer Support. We hebben in plaats daarvan contact gezocht met Portugal en Ierland en België.

Onderzoek
Verder hebben we in fase II een onderzoekje opgezet naar de manieren van informatieoverdracht tussen druggebruikers onderling. Dit onderzoekje wordt uitgevoerd in Frankrijk, Belgie, Duitsland en Ierland. Het idee dat ten grondslag ligt aan dit onderzoekje is dat (1) oudere en meer ervaren druggebruikers de neiging hebben minder gevaarlijk te gebruiken dan jonge gebruikers. En (2) dat oudere gebruikers een aantal van hun vaardigheden overdragen aan jongere gebruikers. De onderzoeksvragen luiden:
-is er een verschil tussen jongere en oudere gebruikers in termen van risico vermijdend gedrag?
-van wie leren jonge gebruikers hun injectie technieken?
-aan wie leren oudere gebruikers hun injectie technieken?

Aan de hand van uitgebreide vragenlijsten worden druggebruikers geïnterviewd. Het bijzondere is dat de vragenlijsten worden afgenomen door druggebruikers zelf. De opzet is als volgt. De deelnemende organisaties werven een aantal actieve druggebruikers. Deze mensen krijgen een interview training van twee of drie middagen. Daarna gaan ze de straat op om de interviews af te nemen.
In totaal zullen we zo 84 interviews verzamelen die ons iets meer duidelijkheid moeten geven over in hoeverre druggebruikers 'harm reduction informatie' met elkaar delen.

Het belang van dit onderzoek is niet alleen gelegen in de verzamelde gegevens maar ook in het proces van interviewen. We hebben overwegend aan hulpverleners gevraagd de interviews te organiseren. De mate waarin zij succesvol gebruikers hebben kunnen werven, trainen en laten werken is een indicatie of samenwerking tussen gebruikers en hulpverleners mogelijk is. Samenwerken op basis van kwaliteiten in plaats van op basis van problemen.

Wat mij betreft kunt u bij alles wat u vandaag en morgen doet en krijgt aangeboden zich afvragen: op welke wijze kan ik dit communiceren met gebruikers maar bovenal kan ik mijn professionele relatie met gebruikers veranderen van een hulpverlener-klient relatie in een samenwerkingsrelatie. Een samenwerkingsrelatie met als doel de gezondheid van druggebruikers in de drugscene te bevorderen. Een samenwerkingsrelatie met als basis de erkenning van specifieke kwaliteiten van actieve druggebruikers. Nog te vaak spreken we druggebruikers alleen aan op de problemen die ze hebben. Natuurlijk moet daar aandacht voor zijn, anders zouden ze niet aankloppen bij de hulpverlening. Maar ook zouden we druggebruikers kunnen vragen ons te helpen bij het uitvoeren van de Aidspreventie of nog breder bij het vormgeven van het Harm Reduction beleid.

Organisatie

Uit de ervaringen met de trainingen voor gebruikers in het eerste Europese project is gebleken dat gebruikers zich niet echt interesseren voor het onderwerp Aids. Aids behoort op een of andere manier niet tot de dagelijkse zorgen van gebruikers. De dagelijkse besognes als hoe kom ik aan geld of dope, of perikelen in de methadonverstrekking zijn veel pregnanter en dringender dan Aids. Het is dan ook niet reëel te denken dat druggebruikers zich zullen organiseren of laten organiseren rondom het thema Aids alleen. HIV en Aids kan een thema zijn, ingebed in andere thema's die wel raken aan de dagelijkse praktijk. Zoals de verkrijgbaarheid van schoon injectiemateriaal, het lokale hulpverleningsaanbod, het lokale politie optreden of het nationale drugsbeleid.

De geschiedenis van gebruikers organisaties laat zien dat ze vaak een korte levensduur hebben. Ze komen op en maken een boel kabaal en een jaar later hoor je er niets meer van. Deze eendagsvlieg carriere wordt veroorzaakt door verschillende factoren. Vaak hangt de oprichting van een gebruikersorganisatie aan één persoon. Vaak een sterke persoonlijkheid die mensen aan zich kan binden en mensen mee krijgen voor de goede zaak. Maar als deze figuur om een of andere reden wegvalt, door gevangenis, ziekte of dood, dan houdt ook de organisatie op te bestaan. Het feit dat gebruikers van de open drugsscene vaker dan andere mensen met justitie te maken hebben maakt zelf-organisaties er niet stabieler op. Een van de manieren om dit te ondervangen is het zoeken of geven van steun vanuit een professionele organisatie. Deze organisaties hebben vaak de noodzakelijke stabiliteit en faciliteiten die een beginnende organisatie meestal moet ontberen. Verder is het van belang dat gebruikersorganisaties nadenken over het formereren van een bestuur van wijze mensen. Maar ook het overdragen van kennis en ervaring aan andere gebruikers is van belang. Gebruikersorganisaties zijn kwetsbaar en het risico moet daarom worden gespreid.

De grote vraag die blijft is of gebruikersorganisaties of gebruikers in staat zijn concrete preventie-taken te verrichten. Projecten als Boule de Neige, in de Limburgse Euregio, en het Antwerpse Cool-project zijn bij mijn weten een van de weinige projecten waarbij gebruikers een concrete preventietaak hebben gekregen. Beide projecten zijn aangestuurd vanuit professionele organisaties. Daarbij had of heeft Boule de Neige een sterk onderzoekskarakter. In hoeverre Boule de Neige er in is geslaagd haar preventie taak te realiseren weet ik niet goed. Wel weet ik dat er naar aanleiding van het Boule de Neige project in Heerlen een gebruikersorganisatie van de grond is gekomen. Stichting Sneeuwbal. Over het Cool-project zult u later nog meer horen.

De belangen van een hulpverleningsinstelling liggen meestal anders dan de belangen van druggebruikers die zich organiseren. De Aidspreventie annex hulpverlening heeft belang bij het bereiken van zoveel mogelijk gebruikers en de overdracht van de preventieboodschap eventueel aangevuld met preventie materiaal. Gebruikersgroepen hebben belang bij een achterban maar vooral belang bij het gehoord worden door ambtenarij en politiek. En daar gaat dan ook de meestel energie inzitten.

Aidspreventie door druggebruikers voor druggebruikers vindt in de praktijk dan ook meestal plaats op initiatief van niet-gebruikers. Begrijpelijk ook want in de meeste landen hebben gebruikers helemaal geen tijd voor belangenbehartiging of Aidspreventie die verder gaat dan de onmiddellijke partners. Er mot dope op de plank komme. Spuitenomruil en speciaal de 'collectieve' spuitenomruil combineert de belangen van zowel de preventiewerkers als de gebruikers. De collectieve spuiten-omruil gaat niet uit van het één-schone-voor-één-vuile-principe maar zet grote hoeveelheden spuiten om op plekken waar gebruikers samen komen. Vaak zijn dit deal- en gebruiksadressen.

Gebruikersorganisaties met een politiek karakter zullen zich meestal niet met uitvoerende preventie bezig houden. Zij zullen veeleer lobbyen voor betere, dus gebruikersvriendelijke voorzieningen. Of zij verweven de safer use-boodschap in een tijdschrift dat zij uitgeven.

Een voorbeeld

Het Huiskamer Project Drug gebruikers (HKPD) in Vlissingen is met behulp van een start-subsidie van het Aidsfonds een Peer Support project begonnen voor en door drug gebruikers.

Sinds mei 1993 zijn er in Vlissingen druggebruikers actief als Aidspreventiewerkers. Deze druggebruikers zijn opgeleid door medewerkers van de HKPD, en hebben zelf gekozen op op bepaalde niveau's actief te zijn als Aidspreventiewerker, zoals: deelname aan het Landelijk Overleg Gebruikergroepen, steunpunt spuiten omruil en signalerende en voorlichtende functie t.a.v. safe use en safe seks. Wekelijks ontvangen de Aidspreventiewerkers een vrijwilligers bijdrage tegen inlevering van een verslagje. 1x per twee weken is een evaluatie bijeenkomst van de Aidspreventie-werkers. In deze bijeenkomsten wordt de stand van zaken besproken en 1x per 6 weken is een thema bijeenkomst. Het bezoeken van deze bijeenkomsten behoort tot het taken pakket van de Aidspreventiewerkers.

De Aidspreventiewerkers zijn door middel van een brief geworven onder de bezoekers van HKPD. Zij konden zich opgeven voor een cursus Aidspreventie. Van de 8 mensen die zich voor deze eerste cursus opgaven hebben uiteindelijk 4 mensen de cursus gevolgd en met goed gevolg examen gedaan. Daarna is de cursus nog twee keer gegeven.

De cursus bestond uit 5 bijeenkomsten en een examen. Elke bijeenkomst duurde ongeveer 2 à 2,5 uur. De behandelde onderwerpen ware: algemene informatie over Aids, veilig gebruiken en veilige sex. Na de toets werden de deelnemers aangesteld als Aidspreventiewerker. Na een ietwat onzekere start hebben alle vier een voorraad Aidspreventiemateriaal in huis. Twee werkers bezoeken regelmatig gebruikspanden om ook daar de voorraad schoon materiaal op peil te houden. Een vrouw is met name actief op het gebied van sexuele voorlichting. Zij heeft in een tupperware-achtige sfeer een aantal keer sexuele voorlichting georganiseerd voor de vrouwelijke partners van gebruikers.

Een evaluatie na een aantal maanden leverde het volgende beeld op:
- Door de cursus is een groepje actieve gebruikers dat actief is in de scene degelijk geïnformeerd over infectie risico's, veilige spuittechnieken, veilige sex e.d.
- ondersteuning en waardering voor de werker is belangrijk
- de Aidspreventiewerkers staan achter hun werk, ze zijn er zelfs enthousiast over
- De Aidspreventiewerkers hebben bekendheid gekregen in de scene en hebben hierdoor een zeker aanzien gekregen.
- De hulpverlening krijgt systematisch informatie over ontwikkeling en gebeurtenissen in de scene, ook buiten de eigen cliënten populatie.
- Een aantal mensen uit de eerste lichting cursisten zijn vervangen door mensen uit de tweede cursus ronde.

Het doel om deze groep volledig zelfstandig en zonder ondersteuning te laten functioneren in de scene is niet gehaald. Zonder leiding, ondersteuning en de financiële tegemoetkoming, zou ieder slechts nog af en toe actief zijn.

Conclusie

Peer support en Harm reduction gaan hand in hand. Peer support is niet alleen het accepteren van druggebruik en druggebruikers maar gaat een stapje verder en erkent dat gebruikers een aantal kwaliteiten hebben die hulpverleners en preventiewerkers niet hebben. Dat wil nog niet zeggen dat elke druggebruiker ook een geschikte peer supporter is. De eerlijkheid gebiedt vast te stellen dat er meestal maar weinig druggebruikers zijn die naast hun gebruik ook nog in staat zijn systematisch activiteiten te ontplooien die ten goede komen aan de groep gebruikers als geheel.

Maar ook niet alle hulpverleners en hulpverleningsinstellingen zijn geschikt voor Peer Support. Het vraagt namelijk een andere kijk op hulpverlening en Aidspreventie. Een houding die verder gaat dan individuele hulpverlening en die verantwoordelijkheid neemt voor de bevordering van de gezondheid van druggebruikers als groep. Dus ook de druggebruikers die zich niet melden met een hulpvraag.

Ik denk dat het heel belangrijk is dat er op diverse plekken in het land gebruikersorganisaties ontstaan die een duidelijke belangenorganisatie zijn. Tegelijkertijd zie ik dat het met name in landen met een sterk repressief beleid erg moeilijk is voor dergelijke organisaties langere tijd te overleven. Er is geen geld of soms zelfs vervolging door politie. Daarom zou ik mijn geld vooral zetten op hulpverlenings- en preventieorganisaties die samenwerking zoeken met actieve druggebruikers. Hoe zich in een dergelijke constructie de gezondheidsbevordering verhoudt tot belangenbehartiging is iets dat zich tussen beide partijen moet uitkristalliseren. Hierbij realiseer ik mij dat de profs de sterkste troeven in handen hebben: geld en faciliteiten, echter daarmee hebben zij ook de grootste verantwoordelijkheid.

PEER SUPPORT EN PEER EDUCATION: EEN METHODIEK VOOR AIDSPREVENTIE NAAR INJECTERENDE DRUGGEBRUIKERS

Hilde Kinable, VAD - Free Clinic

Aangezien we een zeer verduidelijkende uiteenzetting van Cas Barendregt hebben gekregen over de theoretische begrippen waarover dit seminarie gaat, is het nu tijd voor een praktijkvoorbeeld.
Ik ga iets meer vertellen over het Cool-project. Het Cool-project is een Aidspreventieproject naar injecterende druggebruikers, dat past binnen een harm reduction kader en dat gebruik maakt van peer education. Er wordt gewerkt met hiertoe opgeleide injecterende druggebruikers, of ex-druggebruikers die nog beschikken over goede contacten in de scene. Deze mensen begeven zich in de scene met preventiemateriaal en verspreiden zo de preventieve boodschap.
Ik wil benadrukken dat het hier gaat over *peer education*: druggebruikers of ex-druggebruikers leren aan andere druggebruikers aan hoe zij zichzelf het beste kunnen beschermen tegen infectie met hepatitis en Aids.
Ik ga eerst iets vertellen over het ontstaan, over de historiek van het Cool-project. Vervolgens zal ik toelichten hoe het Cool-project tegenwoordig werkt. En tenslotte zal ik uitleggen hoe het Cool-project de theoretische begrippen harm reduction en peer education in de praktijk omzet.

A. HISTORIEK VAN HET COOL-PROJECT

(1) Ontstaan en operationalisering van het Cool-project

In 1989 kreeg Free Clinic de opdracht om een onderzoek naar het risicogedrag van injecterende druggebruikers op te stellen. Uit de resultaten bleek onder meer dat drie vierde van de gebruikers zijn spuiten deelde met anderen, en dat slechts enkelen wisten hoe ze een spuit op een efficiënte manier konden ontsmetten. Dat was erg alarmerend nieuws, want het was toen al een tijdje duidelijk dat het Aidsvirus zich zeer snel verspreidde onder de injecterende druggebruikers van andere Europese en ook niet-Europese landen. Ik zal hier nu niet ingaan op de epidemiologische gegevens, die zullen deze namiddag uitgebreid aan bod komen in de uiteenzetting van Dirk Van Hove van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie. De essentie van de zaak is wel dat men zag dat op verbazingwekkend korte tijd grote groepen van druggebruikers besmet geraakten met het Aidsvirus. Eénmaal het virus één of meerdere druggebruikers besmet had, volgden al snel vele anderen. In België was en is het gelukkig nog niet zo ver. Maar het was dus des te belangrijker om ervoor te zorgen dat druggebruikers tenminste zouden weten hoe ze zichzelf konden beschermen tegen deze epidemie, en liefst ook dat ze hun gedrag hieraan zouden aanpassen. Een positief gegeven was dat uit het onderzoek bleek dat de meerderheid van de geïnterviewde druggebruikers zich bereid toonde om zijn gedrag te veranderen om zichzelf en anderen te beschermen. 70% verklaarde trouwens dat ze al beschermende maatregelen nam. Maar hoewel bij navraag bleek dat deze maatregelen niet erg efficiënt waren, kon men uit deze verklaringen wel vaststellen dat de wil aanwezig was om hun gedrag aan te passen. Daarom werd beslist om onmiddellijk met een Aidspreventieproject te starten.

Een probleem dat zich hierbij stelde was dat een groot deel van de gebruikers slechts zeer onregelmatig of nooit contact hebben met de gespecialiseerde drughulpverlening. Om dit

probleem te ondervangen, werd geleerd uit de ervaringen die men in Wallonië en in de provincie Limburg had opgedaan met het Boule-de-Neige-project. De grote lijnen van het Cool-project komen dan ook overeen met dit Boule-de-Neige-project. Daar had men ondervonden dat de meest efficiënte manier om deze druggebruikers te bereiken is wanneer men gebruik maakt van boodschappers die weten hoe ze de doelgroep kunnen bereiken, en die aanvaard worden door de andere gebruikers. Wanneer de boodschapper geloof-waardig is, zal de boodschap ook beter ontvangen worden. Voor de meeste gebruikers is een geloofwaardige boodschapper een andere druggebruiker. Vandaar dat de keuze werd gemaakt om te werken met wat we "ervaringsdes-kundigen" noemen, druggebruikers of ex-druggebruikers die na een opleiding op straat werden gestuurd met preventiepakketten en met de opdracht om de preventieboodschap rond te dragen. Deze boodschappers werden, naar analogie met het Boule-de-Neige-project, "jobisten" genoemd. Zo'n preventiepakket bevatte: de Cool-strip, een stripverhaal waarin de preventieboodschappen op een aantrekkelijke wijze worden togelicht, een klein flesje bleekwater; een condoom met een folder over seksueel overdraagbare aandoeningen; en symbolisch twee insulinespuiten.

Omdat het uitdelen van spuiten door de wet geïnterpreteerd werd (en nog steeds wordt) als het aanzetten tot druggebruik, werd aan het parket de toelating gevraagd om in het kader van het project spuiten te mogen meegeven. Er werd afgesproken dat politiediensten niet zouden ingrijpen wanneer ze preventiema-teriaal van het project zouden vinden in het bezit van een druggebruiker.
De jobisten kwamen wekelijks op gesprek, waarbij de begeleider steeds veel aandacht besteedde aan het risico op herval. Er werd geïnformeerd naar de persoonlijke beleving van de jobist en naar zijn of haar ervaringen in de contacten met gebruikers. De jobisten hielden ook een rapporterings-fiche bij, dat was een fiche waarop een minimum aantal niet-persoonlijke gegevens stonden vermeld over de contacten. Geen namen of adressen, maar wel leeftijd, geslacht, en meningen over het materiaal en over de campagne.

(2) Resultaten van het Cool-project in Antwerpen

1. De doelgroep werd bereikt. Op korte tijd kon een grote groep van drugge-bruikers worden gecontacteerd. Velen daarvan waren nog nooit met de hulpver-lening in contact geweest. De medewerking van gebruikers en ex-gebruikers was essentieel om voldoende diep in het milieu te kunnen doordringen.
2. De gebruikte methode was niet afhankelijk van een uitgebreid hulpverleningnet.
3. Veruit de meeste druggebruikers reageerden zeer positief. op het project. De sporadisch voorkomende negatieve reacties waren vooral van gebruikers die net een ontwennings-programma achter de rug hadden; voor hen was het pakket te confronterend. Sommigen waren wel geïnteresseerd maar weigerden toch het pakket, omdat ze angst hadden om als injecterende druggebruiker geïdentificeerd te worden of om last te krijgen met de politie.
4. Ook wat betreft het preventiemateriaal waren de reacties over het algemeen heel positief. Een uitzondering hierop vormden de condooms, die enkel succes kenden bij de druggebruikende prostituées. De bleekwatermethode of de javelmethode werd met zeer veel interesse aanhoord. Voor de meesten was dit nieuwe informatie. Naast het feit dat het reinigen met bleekwater een zeer eenvoudige, goedkope en toch efficiënte manier is, bleek ook de bescherming tegen hepatitis B en C een sterk argument om drugspuiters voor deze methode te interesseren.

5. De Cool-methodiek bleek vooral geschikt om de risico's van druggebruik bespreekbaar te maken. Het project had een invloed op het spuitgedrag, maar vrijwel niet op het seksueel gedrag.
6. De aanwezigheid van relevante sociale diensten bleek belangrijk te zijn als doorverwijs-mogelijkheid.
6. Tenslotte, wat toch niet onbelangrijk is, verliep de samenwerking met de politiediensten zeer vlot.

(3) Herhalingen van de actie in Antwerpen

Onderzoek heeft uitgewezen dat duurzame gedragsverandering slechts kan worden verkregen als de preventieboodschap (en het aanbieden van mogelijkheden om er rekening mee te houden) perma-nent of althans gedurende langere tijd wordt vol-gehouden. Bovendien waren met dit pilootproject nog lang niet alle druggebruikers in Antwerpen bereikt. Er zijn verschillende subgroepen van druggebruikers die nauwelijks met elkaar in contact komen, zodat de verspreiding van de preventie-boodschap door één jobist meestal beperkt blijft tot één welbepaalde subgroep. De keuze van de jobisten is bepalend voor aard van de groep of van de groepen die door het project bereikt worden.
Om al deze redenen werd beslist tot herhaling van het Antwerpse project in 1992, '93 en '94. De resultaten van deze herhalingsacties waren gelijkaardig aan die van het pilootproject. Een onrecht-streeks bewijs van het succes van het Cool-project zijn de gegevens van het pilootproject spuitenruil, dat in Antwerpen werd uitgevoerd in 1993. Hieruit bleek dat de kennis van de javelmethode significant beter gekend was bij druggebruikers uit Antwerpen dan bij druggebruikers uit andere regio's.

B. HET COOL-PROJECT VANAF 1994 TOT NU

Hoewel het Cool-project ook in 1994 werd herhaald in Antwerpen, situeerde het belangrijkste werk van het Cool-project zich vanaf dan niet meer in Antwerpen, maar wel daarbuiten. In 1994 gingen we met het project, op eigen initiatief, voor het eerst buiten Antwerpen, met de bedoeling om in welbepaalde gemeenten kortlopende informatiecampagnes op te zetten. In Antwerpen kon de projectuit-voering ingeplugd worden op de bestaande netwerkvorming tussen verschillende partners. In de andere regio's waar we hebben gewerkt, was het noodzakelijk om een aantal voorbereidingen te treffen om het Cool-project te kunnen doen slagen in die nieuwe context.

(1) Sint-Niklaas

De eerste gemeente waaraan het Cool-project werd aangeboden was Sint-Niklaas. Omwille van verschillende factoren kon niet op dezelfde wijze worden te werk gegaan als in Antwerpen:
1. Eerst en vooral beschikt Free Clinic in Antwerpen over een grondige kennis van de stedelijke structuren, de sociale kaart en de samenwerkingsverbanden tussen verschillende diensten. Dit was uiteraard niet het geval voor Sint-Niklaas.
2. Daarnaast geniet Free Clinic van een ruime bekendheid en vertrouwen onder de Antwerpse druggebruikers, die de aanwezigheid van zulk een laagdrempelig centrum zeer waarderen. Er bestond met andere woorden geen recruteringsbasis voor jobisten in Sint-Niklaas.

3. Door de beschikbaarheid van Free Clinic in Antwerpen voor de terugkoppeling van vragen en opmerkingen, en de aanwezigheid van sociale diensten als doorverwijsmogelijkheden, was het voor jobisten niet zo moeilijk om zich aan hun rol te houden.
4. Dan was er ook nog het probleem dat het druggebruik in Sint-Niklaas erg verdoken is. Dit bleek na enkele verkennende gesprekken met diverse diensten, waaronder een PMS, psychiatrische ziekenhuizen, een therapiecentrum, een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, een centrum voor bijzondere jeugdzorg, enzovoort. Erger nog, de lokale hulpverlening had totaal geen zicht op het drugprobleem van Sint-Niklaas. Men wist niet wat er op dat vlak leefde. De werkgroep drugpreventie, die al bestaat van het begin van de jaren '80, zat met veel vragen en blinde vlekken omtrent de illegale drugproblematiek. Eén van de factoren die hiermee te maken heeft, is de grootte van de stad. Sint-Niklaas is een regionale stad die te weinig anoniem is voor een min of meer openlijk druggebruik. Illegale druggebruikers willen niet opvallen en leven teruggetrokken in de privésfeer.
5. Tenslotte vonden de diverse lokale sociale diensten moeilijk aansluiting bij de illegale druggebruikers. Geen enkele dienst profileerde zich trouwens naar illegale druggebruikers.

Omwille van al deze verschillen was het belangrijk dat het project grondig voorbereid werd. Het Cool-project stelde zich op als vragende partij, zij deed een welomschreven aanbod aan de gemeente, en zij legde contacten met diverse partners.
Een eerste stap hierbij was het contacteren van verschillende diensten. Alle partners werden apart aangesproken om hen te informeren over de doelstellingen en de werkwijze van het Cool-project. Door deze contacten kreeg het project ook zicht op de formele en informele samenwerkings-verbanden. Tijdens een bijeen-komst met al deze partners samen nam de projectverantwoordelijke nota van vragen, leemten en blinde vlekken. Daarna werd aan het parket om toestemming gevraagd om het project te mogen uitvoeren, al dan niet met spuiten in het pakket. In het geval van Sint-Niklaas verkregen wij uiteindelijk geen toestemming om met spuiten te werken. Met de diensten werd de afspraak gemaakt dat tussentijdse en definitieve projectresultaten naar hen zouden worden teruggekoppeld, met respect voor vertrouwelijke informatie wel te verstaan. De contacten met het stedelijk beleid en de politie bleven beperkt tot het schriftelijk informeren over de doelstel-ling en werkwijze van het project en het bekendmaken van het tijdstip van de uitvoering.

Daar Free Clinic zoals gezegd niet over contacten beschikte in het drugmilieu van Sint-Niklaas, was het niet zo evident om een geschikte jobist te vinden. De meest logische gang van zaken zou zijn dat een lokale gespecialiseerde en laagdrempelige dienst zo iemand zou zoeken. Een straathoekwerker bijvoorbeeld is hiertoe bijzonder goed geplaatst. Maar in Sint-Niklaas was er zo geen dienst. Uiteindelijk hebben we dan toch één jobiste gevonden, of liever gezegd zij heeft ons gevonden, maar dat was louter een kwestie van toeval en geluk.

De projectvoorbereiding nam in verhouding veel tijd in beslag. Dit had te maken met de voorbereidende contacten, maar we wilden ook het antwoord van het parket wat betreft de spuiten afwachten.

Wat betreft het informatiepakket werden een aantal nogal belangrijke veranderingen doorgevoerd.
* Eerst en vooral werd er niet gewerkt met spuiten.
* Ten tweede werd de Cool-strip aangepast aan de hand van kritische opmerkin-gen die wij in de loop van de jaren hadden gekregen van Antwerpse gebruikers. Die aangepaste versie vindt u in de seminariemap. Tussen haakjes, de tekenaar in kwestie is dezelfde die de poster en de

bijbehorende tekeningetjes op de chocolade heeft gemaakt. Hij heet Rudi Mertens en zit hier in de zaal bij ons.
* Ten derde werden de pakketjes niet meer in een standaarduitvoering uitgedeeld. Het accent kwam nu te liggen op de kwaliteit van het gesprek dat de jobiste had met gebruikers, en niet - zoals voordien - op de verdeling van de pakketten. In de loop van een gesprek bepaalde de jobiste waaraan de druggebruiker in kwestie nood had. Sommigen konden bijvoorbeeld niks aanvangen met een condoom omdat ze niet seksueel actief waren, maar vonden zo'n flesje bleekwater zeer handig.

Resultaten

1. De jobiste verrichtte echt pionierswerk: het zoeken en contacteren van de gebruikers is een bijzonder arbeidsintensief proces, dat aan de jobiste serieuze eisen stelde. Gelukkig was zij een erg gemotiveerde vrouw, die bovendien over de nodige contactvaardigheid en doorzettingsvermogen beschikt. Zij bereikte een 20-tal druggebruikers.
2.De groep van gebruikers die zij contacteerde was vrij cynisch. Het leek in eerste instantie alsof ze niet veel belang hechtten aan spuithygiëne. Ze redeneerden dat het niets uitmaakte of ze nu besmet raakten of niet, omdat ze hun leven toch al als verloren beschouwden. De meesten waren totaal niet op de hoogte van de bleek-watermethode. Na uitleg werd op deze methode enthousiast gereageerd en werd nadien ook veel toegepast, wat erop wijst dat men toch niet zo onverschillig was als men deed uitschijnen.
3. Hoewel de jobiste een beperkt aantal gebruikers persoonlijk aansprak, werd nadien duidelijk dat de preventieboodschap toch verder verspreid geraakte onder gebruikers. Dit bleek onder meer uit het feit dat de jobiste regelmatig werd aangesproken door jongeren op café, die haar vragen stelden over het project en over de preventieboodschap.
Keerzijde van de medaille was dat de jobiste regelmatig werd geconfronteerd met allerlei hulpverleningsvragen en soms zelfs ook crisissituaties. Door het ontbreken van geschikte doorverwijsmogelijkheden in Sint-Niklaas was het voor haar niet altijd even gemakkelijk om duidelijk te maken dat zij geen hulpverlener was. Dat was dan ook een belangrijk aandachtspunt in haar begeleiding vanuit Free Clinic.
4. Het project gaf ons niet alleen informatie over het concrete spuit- en vrijgedrag, maar ook over de verschillende gebruikerskringen, hun gedrag, hun leefcultuur, hun houding tegenover het beleid en tegenover de hulpverlening, enzovoort. We kregenook een duidelijker beeld van de historiek van het druggebruik in Sint-Niklaas en van de niet-bereikte kringen, bijvoorbeeld de jongere generaties.
5. Het project leverde daarnaast ook informatie op die zeer bruikbaar was voor de heroriëntering van de gespecialiseerde drughulpverlening. Hierdoor kwam, op initiatief van de schepen van sociale zaken, een dialoog tot stand met de preventie-werker rond alcohol en andere drugs en vertegenwoordigers van de stedelijke preventiedienst, de probatiedienst en het Cool-project. Men stelde vast dat er in Sint-Niklaas behoefte is aan laagdrempelige drughulpverlening, en aan een coherent drugbeleid. Ondertussen zijn er een aantal stappen gezet die werken in deze richting. Een gebrek aan de nodige middelen zorgt er echter voor dat men nog steeds geen concrete initiatieven heeft kunnen nemen op het terrein.

(2) Oostende

De tweede gemeente waar we naartoe stapten was Oostende. In 1991 was het Cool-project al voorgesteld aan het Drug Preventie Platform van Oostende, waar men het erg positief onthaalde. Op dat moment beschikten de sociale diensten echter niet over contacten met

injecterende druggebruikers, zodat de projectuit-voering werd uitgesteld. In 1994 nam het Cool-project opnieuw het initiatief. Net zoals in Sint-Niklaas werd aansluiting gezocht bij een reeds bestaan overleg, namelijk het Drug Preventieplatform, dat een groot aantal diensten omvatte. Ook het stedelijk beleid was hierin vertegenwoordigd, zodat het platform ook een kanaal bood om de uiteindelijke projectresul-taten door te spelen aan deze instanties. Ook in Oostende gaf het parket ons de toelating om het Cool-project uit te voeren, maar met dezelfde restrictie dat het zonder spuiten zou zijn.

Ook hier vonden de sociale diensten moeilijk aansluiting bij de injecterende druggebruikers. Een uitzondering hierop vormde het straathoekwerk van De Sleutel. Omdat in Oostende wél een laagdrempelige drughulpverleningsinstelling bestond, kon het Cool-project erop appèl doen voor het zoeken naar geschikte kandidaat-jobisten. Desondanks verliep het zoeken naar jobisten erg moeizaam. Er werd via de straathoekwerker slechts één kandidate gevonden. Deze jobiste werkte gedu-rende 3 maanden voor het Cool-project. Zij contacteerde eveneens een 20-tal injecterende druggebruikers. Op één uitzondering na was vrijwel geen enkele gebruiker op de hoogte van de bleekwatermethode. De meesten deelden hun spuiten met anderen, meestal uit noodzaak, niet zozeer omdat dat bij het ritueel van hun gebruik hoorde. Ook op seksueel vlak hielden ze geen rekening met het besmettingsrisico. De meerderheid stond onverschillig ten opzichte van hun eigen en andersmans gezondheid; nochtans durfden ze geen Aidstest te laten doen. Opvallend was dat meer dan de helft van hen dezelfde huisarts raadpleegde in verband met hun drugproblemen.
In de groep leefde een sterk wantrouwen tegenover de buitenwereld. Natuurlijk in de eerste plaats tegenover politie en parket, maar ook tegenover sociale diensten, die men beschouwde als een link met de politie. Slechts één persoon werd vertrouwd, de huisarts die door velen werd geraadpleegd. Hetzelfde wantrouwen heerste tegenover apothekers. Het feit dat gebruikers zich voor de aankoop van spuiten na sluitingstijd eerst moeten aanmelden bij de politie, deed dit wantrouwen zeker niet afnemen.
Het bleek ook dat gebruikers in Oostende willen ontwennen met behulp van methadon, dagelijks naar Brugge moeten, waar ze terechtkunnen in het dagcentrum van De Sleutel. Dit is echter een kostelijke grap die vrijwel niemand zich kon permitteren: de kosten van trein en bus bedragen zo'n kleine 8000 frank per maand.

(3) Gent en Mechelen

Dit jaar werd op dezelfde wijze te werk gegaan in Gent. Daar gaf het parket wél de toestemming om gebruik te maken van spuiten. In Gent is het druggebruik zeer verdoken, en gebruikers zijn zeer achterdochtig. Omdat Free Clinic er natuurlijk over geen contacten in het milieu beschikt, werd besloten om verschillende wegen te bewandelen ten einde aan jobisten te komen. Enerzijds werd aan de betrokken diensten gevraagd om mee uit te kijken naar geschikte kandidaten. Daarnaast startte An ook met veldwerk in Gent, in de hoop dat we op die manier vlugger resultaten zouden boeken. Zij kende het werk al goed, en we verwachtten dat zij er gemakkelijk in zou slagen om in het drugmilieu contacten te leggen. Geen enkele dienst heeft ondertussen al een kandidaat-jobist aangebracht. En voor An, die doet wat ze kan, is het heel moeilijk om in een stad, waarmee zij niet vertrouwd is, en die heel wat groter is dan Sint-Niklaas, de juiste mensen te bereiken. Het project is er nu nog lopende.

Ook in Mechelen werd dezelfde procedure gevolgd. Daar zijn alle onderhande-lingen met de verschillende partners ondertussen achter de rug en wordt nu nog op het antwoord van het parket betreffende de spuiten gewacht. Aangezien dat antwoord moet komen van dezelfde

procureur-generaal als voor Antwerpen, hebben we de goede hoop dat dat waarschijnlijk geen problemen zal geven.
En tenslotte in Antwerpen kunnen we eerdaags van start gaan.

De gemeenschappelijke aspecten van alle Cool-toepassingen zijn de volgende :

- Er is steeds een lange voorbereiding nodig vooraleer men van start kan gaan.
- De betrokken parketten reageren zeer verschillend: het lijkt gemakkelijker om toestemming te krijgen voor het gebruik van spuiten wanneer het over een grotere gemeente gaat.
- Enerzijds kunnen lokale diensten weinig inbrengen wat betreft het vinden van geschikte jobisten, anderzijds reageert men steeds enthousiast op het project.
- Het is heel moeilijk om de juiste jobisten te vinden.
- De reacties van de betrokken gemeenten waren erg dubbelzinnig: men erkent de noodzaak van zo'n project, en daarna komt de vraag naar continuïteit.

C. Het Cool-project: een peer education project

Het Cool-project is een eigenlijk een logisch voortvloeisel van een aantal cruciale uitgangspunten van de harm reduction filosofie. Ik leg dat even uit.

(1) Houding tegenover druggebruik

Volgens de harm reduction benadering wordt druggebruik niet gezien als juist of fout; er wordt geen waardeoordeel over gegeven. Het wordt enkel geëvalueerd in termen van schadeberokkening aan anderen, en tot op zekere hoogte ook de schade die gebruikers zelf ondervinden ten gevolge van hun gebruik. Dat laatste wordt betreurd maar, wanneer het de bewuste keuze is van een goed geïnfor-meerde druggebruiker, wordt het in zekere mate aanvaardbaar geacht.
Deze houding vindt men zeker terug in het Cool-project: druggebruik wordt niet veroordeeld, maar er wordt getracht om de schade die uit dit gebruik voorvloeit, namelijk in dit geval het risico op een besmetting met het HIV, zo veel mogelijk te voorkomen.

(2) Houding tegenover druggebruikers

Dikwijls worden illegale druggebruikers in onze samenleving gemarginaliseerd en gestigmatiseerd. In een harm reduction-perspectief beschouwt men druggebruikers als volwaardige leden van de maatschappij, die recht hebben op respect, en die in staat zijn tot rationeel en altruïstisch gedrag. Men ontkent echter niet dat afhanke-lijkheid de vrije keuze beperkt. Men redeneert dat wanneer men gebruikers blijft marginaliseren en stigmatiseren, dat ze dan gedwongen worden om anti-sociaal gedrag te stellen om hun gebruik te funderen en dat de kans ook daalt dat ze uit zichzelf naar de hulpverlening stappen. Met andere woorden, hierdoor vormt druggebruik een groter probleem dan nodig en blijven de negatieve gevolgen ervan voor onze samenleving toenemen. In zo'n situatie is het erg moeilijk om naar veiliger gebruik toe te werken. Het is zinvoller te trachten om druggebruikers in de maatschappij te integreren in plaats van te marginaliseren. Dat betekent niet dat we hen moeten trachten te overhalen om het doorsnee leven van de modale burger te gaan leiden. Het is belangrijk om hen te tonen dat het geen alles-of-niets keuze is, "buiten de maatschappij en marginaal" of "geïntegreerd in de maatschappij en burgerlijk", maar dat er een weg tussenin bestaat, dat het

mogelijk is om een compromis te vinden tussen wat men zelf wil en wat de maatschappij van ons verlangt. Dat leidt ons naar een derde uitgangspunt van harm reduction, namelijk:

(3) Het actief inschakelen van druggebruikers als deskundigen

Druggebruikers beschouwen en ook behandelen als gewone mensen kan betekenen dat ze worden te werk gesteld; men kan hen bijvoorbeeld laat meedraaien in preventieprojecten. De praktijk heeft aangetoond dat druggebruikers een vooraan-staande rol kunnen spelen bij het plannen en het implementeren van Aidspreventie-initiatieven. In het Cool-project spelen druggebruikers of ex-druggebruikers een cruciale rol. Zij dragen het project. Zonder hen kan het project niet slagen.
Omdat de samenleving nog zo geen houding heeft aangenomen tegenover druggebruikers, is het spijtig genoeg onmogelijk om hen fatsoenlijk te vergoeden voor prestaties, waar toch alleen zij en niemand anders in staat zijn. Hoewel gebruikers dus nu al wel ingeschakeld worden als ervarings-deskundigen, betekent het uitblijven van een financiële vergoeding toch een miskenning van hun werk. Het toont aan dat ze niet voldoende worden gewaardeerd voor hun kwaliteiten en prestaties en dat is mijns inziens een erg spijtige zaak. Niet alleen omdat ze dat verdienen, maar ook omdat dat een drempel vormt voor hun reïntegratie in de maatschappij. En het meest nefaste gevolg hiervan vind ik persoonlijk dat men de kans verspeelt om deze mensen een beetje zelfbevestiging geven zodat ze terug in zichzelf kunnen gaan geloven. Men mag niet vergeten wat zij allemaal hebben doorgemaakt, en dat ze hierdoor vaak met een enorm negatief zelfbeeld zitten. Daar komt dan nog bij dat ze door de jaren heen zelf zijn gaan beginnen geloven wat de mensen van hen vinden: een vuile junkie, het uitschot van de maatschappij, iemand die je niet kan vertrouwen en waarvan je zelfs bang moet zijn. Ik vraag me af of het realistisch is te verwachten dat iemand die geen zelfvertrouwen heeft erin slaagt om ineens zijn hele leven te veranderen. Begint hulpverlening niet met mensen te bevestigen in wat ze kunnen, zodat ze hieruit kracht kunnen putten om hun problemen op te lossen ? Ik zou mijn verhaal met deze vraag willen afsluiten.

ERVARINGEN VAN EEN JOBISTE MET HET COOL-PROJEKT IN SINT NIKLAAS

Anneke Weyn, Jobiste

ALGEMENE INLEIDING

Ik ben An Weyn en heb vorig jaar van maart tot november als jobiste gewerkt in de stad Sint Niklaas. Ik wil hierbij vertellen over mijn ervaringen tijdens die periode.

Graag wil ik het hebben over:
- mijn redenen om dit project te gaan doen.
- hoe het contact met de gebruikers en met Free Clinic verlopen is.
- tenslotte wil ik enkele bedenkingen formuleren die ik me de laatste tijd over deze periode gemaakt heb.

1. Mijn redenen om dit project te gaan doen

Ik ben momenteel 25 jaar en ben geboren in de omgeving van Sint Niklaas.
Ik mag stellen dat ik Sint Niklaas vrij goed ken. Ook de scene van Sint Niklaas (dacht ik) goed te kennen.
Ik ben zelfs gebruikster geweest van hard drugs in de periode van 84 tot 92.
k verbleef toen in Sint Niklaas en regelmatig ging ik naar Nederland of bij andere gebruikers in Sint Niklaas en omstreken.

Ik heb een tijdlang gewerkt op diverse plaatsen, fabrieken, enz. en allerlei mogelijke jobs gedaan. Andere mogelijkheden had ik niet, want ik had maar enkele jaren middelbare school achter de rug.

In 93/94 besloot ik dat het welletjes was geweest. Ik wilde voor één de eerste keer iets doen waar ik achter stond, me voor iets inzetten. Heel intuïtief ik tot het besluit om iets te gaan doen. Ik wilde iets doen rond aids.

Hoe ik dan bij het Cool-projekt terecht kwam heeft te maken met een aantal toevallige factoren. Ik belde naar de Witte Raven. Zij adviseerden me om contact op te nemen Free Clinic. Ik stelde me kandidaat bij deze organisatie. Men vertelde me over het Cool-projekt, dat heel direct aansloot bij hetgeen ik wilde.

Het toeval wilde dat het Cool-projekt op dat ogenblik zijn werking in Sint Niklaas aan het voorbereiden was. Ik maakte bij mij thuis een afspraak met Sven en Mat. Op het afgesproken moment stonden er 2 heren voor de deur. Ik liet ze binnen. Het bleken 2 heren te zijn die vroegen of ik iets wilde kopen voor de gehandicapten. In mijn enthousiasme had ik vergeten te vragen wie er aan de deur stond. Maar goed, iets later kwamen dan toch de 2 mensen van Free Clinic.

Ik volgende eerst een introductiecursus. Daarna heeft het nog een hele tijd geduurd vooraleer ik effectief kon beginnen. Dat had verschillende redenen:
- Zo moest eerst een toestemming van het parket van Dendermonde gevraagd worden om spuiten in het preventiepakket op te nemen. Maanden hebben we erop gewacht. Het antwoord was uiteindelijk negatief.

- De sociale diensten van Sint Niklaas moesten gekontakteerd worden.

Er was een stedelijke werkgroep drugpreventie. Mijn ontmoeting met die groep was een zeer bevreemdende ervaring. Ik ben namelijk niet gewoon om aan vergaderingen deel te nemen. Ik zat op die vergadering als "iets speciaals".
Ik geloof zeker dat een aantal mensen in het overleg het goed voorhadden, maar wat me vooral opviel was dat ze helemaal geen weet hebben van wat er in Sint Niklaas aan de hand is. Ik herinner me het moment waarop een medewerker van de probatiedienst zei dat er in deze stad minstens 120 spuiters waren. Iedereen zat verstomd te kijken.

Ik vond het ook vreemd dat er in Sint Niklaas geen enkele dienst was die zich speciaal naar illegaal druggebruik richtte. Er was wel een stedelijke preventiedienst, maar die was in het stadhuis gevestigd en werd gepatroneerd door de politie.

2. Hoe het contact met de gebruikers en Free Clinic verlopen is

Ik heb in de periode van juli tot november met 17 spuiters een of meerdere gesprekken gevoerd. Ik wil over die periode een aantal belangrijke ervaringen maken.

Het eerste gesprek. Iemand die ik kende in het café heb ik uitgelegd waaraan ik meewerkte. Hij wilde een afspraak met een spuiter maken. Toen ik naar deze eerste afspraak ging, bij de spuiter thuis, had ik het gevoel dat ik een moeilijk examen moest gaan afleggen. Ik stapte met klamme handen binnen. "Ge komt me toch niet vertellen dat ik met spuiten moet stoppen", was het eerste wat hij (en later nog vele anderen) tegen me zei. Maar in de loop van het gesprek groeide een soort vertrouwen, en ben ik verschillende keren bij deze persoon terug geweest.

Ik heb zoals gezegd in die periode 17 spuiters gesproken en heb, naar mijn gevoel, heel hard mijn best gedaan. Het verliep met vallen en opstaan. Soms gingen deuren vlot voor mij open, gewoon omdat een gekontakteerde tegen anderen zei dat ik te vertrouwen was. Op het laatst van het project circuleerde mijn naam door het milieu; "An, het javelmaske" zo noemden ze me. En soms was het soms wekenlang zoeken, en telkens maar proberen om iemand thuis te vinden. Totdat je wist wat de oorzaak was: sommigen waren een tijdje ondergedoken in het buitenland, anderen waren opgepakt. Maar ook in deze weken had ik het gevoel even hard te werken als in de weken waarin ik veel mensen zag.

Soms werd ik ook met zeer acute situaties geconfronteerd. Iemand die een overdosis nam, een vrouw die door haar man mishandeld wordt. Ik heb me altijd aan mijn rol van preventiewerker proberen te houden, en zoveel mogelijk proberen door te verwijzen naar de hulpverlening.

Maar dat laatste was zeer moeilijk; want geen enkele dienst in Sint Niklaas is erop voorbereid om deze mensen op een goede manier op te vangen. In Free Clinic merkten we een toename van het aantal cliënten uit Sint Niklaas.

Ik heb gemerkt dat gebruikers in Sint Niklaas zeer teruggetrokken leven, geen contacten hebben met diensten, en ook niet geïnformeerd zijn over evt. diensten die hen wel kunnen helpen.

Dat ik het vertrouwen kon winnen van de gebruikers, heeft veel te maken met Free Clinic. Gewoon omdat ikzelf vertrouwen heb in die organisatie en omdat ik weet dat de mensen er terecht kunnen.

Het was onmogelijk geweest om dit project te doen vanuit bijvoorbeeld de stedelijke preventiedienst. Dat zou bij de gebruikers meteen wantrouwen wekken, en ik zou mezelf er ook niet goed bij voelen.

Ik heb gemerkt dat ik meer en meer mensen kon kontakteren, het Cool-projekt meer en meer respect begon af te dwingen bij sociale diensten en bij het stadsbestuur. Gewoon omdat ik mensen bereikte die door niemand bereikt werden.

Er kwam een overleg op initiatief van de schepen van sociale zaken, de diensten en het Cool-projekt. De schepen was bereid om straathoekwerkers in te zetten voor nieuwe taken, en om de preventiedienst weg te halen uit het stadhuis, hijzelf wilden opdrachtgever worden voor de preventiewerkers. Omdat naderhand het gemeentebestuur wijzigde, is dit niet doorgegaan.

Einde vorig jaar ben ik het project gestopt. Gewoon omdat ik moe was, ik had het gevoel een belangrijke groep gebruikers gekontakteerd had. Ik wist dat de groep gebruikers veel groter was, maar ik wilde gewoon stoppen. Misschien heeft het ermee te maken dat ik het werk alleen heb gedaan, ik voelde me een pionier.

Hoewel de begeleiding van FC goed was (ik zag de begeleider minimaal wekelijks, en kon hem of iemand anders altijd bellen), had ik nood aan een collega, of een dienst een Sint Niklaas, waar ik terecht kon.

Misschien is de hoofdreden wel het feit dat ik in Sint Niklaas woonde en werkte tegelijk. Ik had op het laatst het gevoel dat ik er alleen maar werkt, ik werd alleen nog bekeken als het javel-maske, en zo begon ik mezelf ook te bekijken.

3. Enkele bedenkingen achteraf

Ik heb in die periode heel veel kennis opgebouwd over de scene in Sint Niklaas. Ik heb nu een duidelijk beeld niet alleen van de groep spuiters, maar ook over het gebruik bij bijvoorbeeld jongeren. En ik heb ook heel veel ergens gehoord van burgers (bijv. cafébazen) over het feit dat het stadsbestuur niet ziet of wil zien wat er in deze stad aan de hand is.

Dat ik die kennis heb opgebouwd, is prettig en onprettig tegelijk. Prettig, omdat ik voor mezelf bewezen heb dat ik iets kan, iets te bieden heb. Om verschillende redenen vind ik het ook onprettig. Ik wil dat even verduidelijken.

Ten eerste zie ik -tot mijn spijt - dat de situatie in Sint Niklaas weer serieus uit de hand loopt - zonder dat er iets gebeurd. Ik vind dat triestig.

Ten tweede durf ik me in cafés bijna niet vertonen, want ik wordt over van alles en nog wat aangesproken.

Dit project is uiteindelijk niet alleen positief geweest voor de gebruikers, maar ook voor mij. Als je verslaafd bent dan zie je van jezelf niet wat drugs met je kan doen.
Dankzij het Cool-projekt heb ik de kans gehad om de drugscene te zien met nuchtere ogen. En dat is voor mij heel goed geweest, om niet meer te gebruiken zoals vroeger en een nieuw leven te beginnen.

Er is ook een ander dubbel gevoel: ik vind dat ik iets zinvols heb gedaan, maar toen ik aan de vakbond vrijstelling van stempelcontrole vroeg om dit project te doen, bekijk men me met de grootste argwaan. Het is alsof vrijwilligerswerk geen echt werk is. Maar uiteindelijk heb ik me toch gratis ingezet !

En dan ook de stedelijke preventiedienst. Nadat het project in Sint Niklaas beëindigd was, hebben ze me nog enkele keren uitgenodigd op de vergaderingen van de preventiedienst. En ben daar een keer naartoe gegaan. Alle ogen waren op mij gericht. En mijn vroeg mij of ik het Cool-projekt wilde blijven uitvoeren, omdat het toch zo belangrijk was. Gewoon als vrijwilliger, en onder de begeleiding van de preventiedienst gepatroneerd door politie en stadsdiensten. En toen dacht ik: "Ze begrijpen er niets van". Ik heb het dan maar bij die ene vergadering gelaten en ben niet meer teruggegaan.

HIV/AIDS EN INJECTEREND DRUGGEBRUIK IN EUROPA EN BELGIË: ENKELE CIJFERGEGEVENS

Dirk van Hove, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie

INLEIDING

De epidemiologie heeft veel bijgedragen tot de huidige kennis over de HIV-infectie. Zo wordt nu algemeen erkend dat ofschoon de HIV-epidemie wereldomvattend is, ze bestaat uit vele afzonderlijke epidemies, elk met hun karakte-ristieken wat betreft geografishe verspreiding, getroffen populaties en overdrachtswijzen. Waarschijnlijk ontwikkelen deze epidemies zich aan een uiteenlopend tempo in verschillende populaties en in verschillende gebieden van eenzelfde land. Daarom blijft ook nu het verzamelen van gegevens onverminderd van belang.

Op de epidemiologische stand van zaken in Europa en in het bijzonder in België wordt in het onderstaande kort ingegaan.

DE TOESTAND IN EUROPA

Het aantal HIV-geïnfecteerden in Europa wordt op meer dan een half miljoen geschat. Tot 30 juni 1995 werden 148 358 Aidsgevallen, waarvan 142 624 volwassenen/adolescenten en 5 653 kinderen gerapporteerd aan de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO).

Binnen Europa is er geen homogene geografische spreiding wat betreft het jaarlijks aantal nieuwe Aidsgevallen. Er bestaat een dalende gradient van West naar Oost. Van alle Europese landen is Spanje sinds 1990 het land met het hoogste aantal nieuwe gevallen. Dan volgen Italië, Frankrijk en Zwitserland. Alhoewel deze vier landen slechts 19% uitmaken van de totale bevolking van de Europese regio, namen ze in 1994 75% van alle gediagnosticeerde Aidsgevallen voor hun rekening. Aan de andere kant van het spectrum vinden we de landen van Centraal- en Oost-Europa en de Nieuwe Onafhankelijke Staten, die meer dan 40% van de populatie van de regio vertegenwoordigen maar slechts voor 1% van de gediagnosticeerde gevallen bijdroegen in 1994.

HIV-overdrachtswijzen verschillen sterk van land tot land. In de meeste landen vormen homo/ bisexuele contacten de belangrijkste overdrachtswijze. In enkele landen zijn andere overdrachtscategorieën belangrijker. In Spanje en Italië bijvoorbeeld is intraveneus druggebruik verantwoordelijk voor respectievelijk 66% en 65% van de gerapporteerde gevallen sinds het begin van de epidemie. In Oostenrijk en Frankrijk, alhoewel de homo-/bisexuelen de belanrijkste transmissiegroep blijven, vertegenwoordigen de druggebruikers een belangrijk percentage van de ooit gerapporteerde Aidsgevallen. In Portugal en Zwitserland zijn de proporties gediagnosticeerd bij mannelijke homo-/bisexuelen en bij intraveneuse druggebruikers gelijkaardig.

In 1990 overtrof voor het eerst het aantal gevallen gediagnosticeerd bij intraveneuse druggebruikers dat bij homo-/bisexuelen. Vanaf toen vormt de groep intraveneuse druggebruikers de belangrijkste groep wat betreft het aantal nieuwe Aidsgevallen (43% in 1994). Tussen 1993 en 1994 nam het aantal gevallen te wijten aan intraveneus druggebruik toe

met 22% en deze geïnfecteerd door heterosexueel contact met 24%. In Spanje en Portugal werd tussen 1993 en1994 zelfs een stijging met meer dan 45% van het aantal Aidsgevallen door intraveneus druggebruik genoteerd. Het aantal gevallen gediagnosticeerd bij homo-/bisexuelen steeg nog verder, maar aan een lager ritme van 4%.

Het aantal jaarlijks gediagnosticeerde vrouwelijke Aidsgevallen groeide continu over de laatste tien jaar. Het percentage vrouwen onder de Aidsgevallen steeg van 11% in 1985 tot 20% in 1994.

TOESTAND IN BELGIË

Tot 31 december 1994 werden er in totaal 9157 HIV-geïnfecteerden gediagnosticeerd. Voor 1022 onder hen hebben we onvoldoende gegevens om dubbeltelling uit te sluiten en daarom werden ze uit de verdere analyses geweerd. In feite waren er dus tussen 8135 en 9157 gekende HIV-geïnfecteerden. Het gaat hier om mensen die zich hebben laten testen. Van de HIV-geïnfecteerden die nog niet getest zijn, weten we niets.
Tot eind 1994 werden in totaal 1857 patienten met Aids gerapporteerd. Van meer dan de helft onder hen is bekend dat ze overleden zijn.

1. HIV-infectie

Sinds 1987 werden er jaarlijks 750 à 1000 nieuwe HIV-infecties gediagnosticeerd, wat neerkomt op 2 à 3 nieuwe infecties per dag. De laatste jaren vertoont het aantal nieuw geïnfecteerden van Belgische nationaliteit een neiging tot dalen waardoor het aandeel van de niet-Belgen onder de nieuw gediagnosticeerde HIV-seropositieven toeneemt. Dit moet met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gelet op het relatief belangrijke aantal ontbrekende gegevens. In totaal zijn 45% van de geïnfecteerden met gekende nationaliteit Belgen.

Beschouwen we de distributie van HIV-geïnfecteerden per vermoedelijke besmettingswijze in functie van geslacht en nationaliteit dan hebben we, bij de Belgisch geïnfecteerden, meer dan vier keer meer mannen dan vrouwen. Bij de niet-Belgen is de verhouding man over vrouw 1.3. Dit wordt verklaard door de overdrachtswijze die verschilt naargelang de nationaliteit.

Bij Belgische mannen zijn homo- of bisexuele contacten verantwoordelijk voor twee infecties op 3 (66.8%). Intraveneus druggebruik, alleen of geassocieerd met homo-/bisexualiteit, is de oorzaak van bijna 6% van de HIV-infecties bij mannelijk geïnfecteerden. Heterosexueel contact wordt vermeld als overdrachtswijze bij 22% van de geïnfecteerde Belgische mannen.

Bij Belgische vrouwen zijn in 72% van de gevallen heterosexuele contacten verantwoordelijk voor de HIV-infectie. Intraveneus druggebruik is hier proportioneel belangrijker dan bij seropositieve mannen, i.e. 12% van de HIV- infecties.

Bij geïnfecteerden met vreemde nationaliteit overheersen, zowel bij vrouwen als mannen, de heterosexuele contacten. Nochtans moet men een onderscheid maken tussen Europeanen, die een vrij gelijkaardig risicogedrag vertonen als de Belgen met vnl. homo- en bisexuele contacten en mensen van Zwart-Afrikaanse oorsprong die vnl. geïnfecteerd werden via heterosexuele contacten. De proportie intraveneuse druggebruikers onder de geïnfecteerden

met vreemde nationaliteit is iets hoger dan die onder de geïnfecteerden met Belgische nationaliteit, maar blijft zeer beperkt en vertoont geen tendens tot stijging.

Wat de distributie van seropositieve intraveneuse druggebruikers per nationaliteit betreft zien we dat 37% onder hen van Belgische nationaliteit is. Europeanen en Noord-Afrikanen volgen met respectievelijk 36% en 21%. Ongeveer 4% is van Zwart-Afrikaanse oorsprong.

Het injecteren van drugs blijkt relatief minder de oorzaak van infectie te zijn in Vlaanderen dan in de andere regio's. In Wallonië worden de homo-/bisexuele contacten minder vaak geciteerd als mogelijke bron van infectie dan in de andere regio's.

Het percentage volwassen Belgen geïnfecteerd via heterosexueel contact stijgt met de leeftijd, terwijl het percentage geïnfecteerd via intraveneus druggebruik afneemt. Men ziet het belangrijk aandeel van de intraveneuse druggebruikers in de jongere leeftijdsgroepen zowel bij mannen als bij vrouwen.

Onderzoeken we de proportionele distributie van Belgische HIV-geïnfecteerden in funtie van de overdrachtswijze dan stellen we een lichte maar aanhoudende daling vast van de overdracht via homo-/bisexuele contact. Hierdoor krijgen we een proportionele verhoging van de overdracht via heterosexueel contact. In absolute cijfers is er geen significante verhoging via heterosexueel contact. Overdracht via intraveneus druggebruik vertoont een lichte daling, maar het effectief is te klein om er definitieve conclusies uit te trekken.

2. AIDS

De distributie van Aidspatienten in functie van de vermoedelijke overdrachtswijze geeft het volgende beeld:

Bij Belgische residenten (d.w.z. een verblijf in België van minstens vijf jaar voordat de diagnose Aids werd gesteld) wordt intraveneus druggebruik aangegeven als vermoedelijke overdrachtswijze bij in totaal ongeveer 7% van de Aidsgevallen. Dit percentage ligt iets hoger bij vrouwen dan bij mannen. In een kwart van de gevallen wordt heterosexueel contact als vermoedelijke overdracht vermeld (18% bij mannen; 64% bij vrouwen). Bij mannen overheerst de homo-/bisexuele overdracht (68%).

Wat betreft de niet-residenten is de vermoedelijke overdracht in twee op drie gevallen te wijten aan heterosexuele contacten. Intraveneus druggebruik is hier verantwoordelijk voor 4.7% van de Aidsgevallen.
Homo-/bisexueel contact wordt aangenomen als vermoedelijke overdrachtswijze in 19% van de mannelijke niet-residente Aidspatienten. Dit is 3, 4 maal minder dan bij residente patiënten.

Referenties

De Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België
Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, Brussel

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe: Quarterly Report no.46, 30 June 1995

HEPATITIS EN AIDS BIJ INJECTERENDE DRUGGEBRUIKERS
Sven Todts, Free Clinic

I Virale aandoeningen door het injecteren van drugs

1. HIV

HIV (het 'AIDS-virus') is een ernstig risico voor injecterende druggebruikers. We overlopen even de gedragingen die tot besmetting kunnen leiden:

1. Sexuele overdracht:

- Penis in of tegen de vagina: onveilig voor beide partners. Condoom is altijd nodig.
- Penis in of tegen de aars: onveilig voor beide partners (homo of hetero). Een anaal condoom en overvloedig gebruik van glijmiddelen is noodzakelijk. De darmwand is zeer kwetsbaar: voorafgaande contacten met dildo's, vinger of hand ('fist fucking) verhoogt het toch al ernstige besmettingsrisico.
- Penis tegen penis: onveilig voor beide partners: beide moeten condoom gebruiken.
- Sperma in de mond: onveilig voor de ontvanger. Bij afzuigen ofwel niet klaarkomen in de mond, ofwel condoom.
- Likken van de vagina: onveilig voor wie likt tijdens de maandstonden of enige ander vaginaal bloedverlies: niet doen tijdens de maandstonden dus.
- Sexspeelgoed (dildo, vibrator etc..) gemeenschappelijk gebruiken: liever ieder zijn eigen gerief, anders eerst reinigen met zeep of ontsmettend middel.

Al de bovengenoemde risico's nemen nog ernstig toe indien één van de partners een SOA (geslachtsziekte) heeft (zelfs al zijn er geen zweren te zien). Wie een SOA heeft, wacht met sexueel contact tot hij/zij genezen is.

Wel veilig zijn:
- Voorvocht of vaginaal vocht in de mond indien het mondslijmvlies intact is.
- Mond-huid, penis-huid, vagina-huid contact indien de huid intact is (geen wondes, abcessen of zweren).
- Likken van de vagina buiten de maandstonden.
- Mond-aars contact ('rimming'). Dit kan wel allerlei andere klachten veroorzaken door besmetting met darmbacteriën.
- Zoenen, tongzoenen.

Druggebruik kan eveneens aanleiding zijn tot verhoogd sexueel risico:

- Verdovende middelen (heroïne, morfine, etc..) kunnen tot verminderde gevoeligheid van de eikel leiden: het duurt dan zeer lang voor de man klaarkomt. De vagina is op den duur niet vochtig genoeg meer, wat tot irritatie en verhoogd risico op besmetting leidt.
- Opwekkende middelen (cocaïne, speed), alcohol en benzodiazepines (Rohypnol) leiden tot ontremd gedrag met meer risico op kwetsuren tijdens het vrijen.

- Verslaving kan ertoe leiden dat je bijvoorbeeld in prostitutie gedwongen wordt om onveilig te vrijen: je bent te ziek of te veel out om te reageren.

2. Overdracht via spuiten:

Alle gemeenschappelijk gebruik van spuitmateriaal leidt tot besmetting. Dit geldt natuurlijk in de eerste plaats voor de spuiten en naalden zelf, maar ook voor:
- het gemeenschappelijk glas water dat je gebruikt om drugs klaar te maken
- de lepel en de watjes
- containers die drugs bevatten (bijvoorbeeld een ampul palfium of methadon die je samen gebruikt).

Om besmetting te vermijden:

- Vermijd zoveel mogelijk te spuiten: chinees of base.
- Gebruik uitsluitend je eigen materiaal. Laat het niet zo ver komen dat je te ziek bent om met gekochte drugs thuis te geraken. Zieke druggebruikers verder helpen door een gebruikte spuit te geven is geen vriendendienst: houd liever een spuit apart voor deze noodgevallen. Denk eraan dat ook goede vrienden besmet kunnen zijn, en dat je het niet aan hun gezicht kunt aflezen. Koop je spuit voor je drugs koopt, want daarna heb je misschien geen geld meer.
- Als je geen andere keuze hebt (en echt alleen maar dan), ontsmet dan eerst je materiaal.
Een spuit kan je ontsmetten met gewone huishoud-javel:
1. Trek de spuit vol javel en wacht één minuut. Dit is lang: niet ongeduldig zijn!
2. Maak de spuit leeg en begin opnieuw: weer een minuut volhouden!
3. Spoel de spuit twee keer na met zuiver water.

Alternatieven zijn medische alcohol en alle soorten sterke drank (jenever, whisky etc..).

2. Hepatitis

Hepatitis betekent: ontsteking van de lever. Een leverontsteking is ernstig omdat de lever essentiëel is om het lichaam te doen functioneren. We hebben er bovendien maar één.
Leverontstekingen kunnen door allerlei oorzaken ontstaan: infecties met virussen, bacteriën, door giftige stoffen etc..

Geelzucht ('het geel') is geen ziekte maar een symptoom van allerlei ziekten van de lever ende galblaas. Ook bij hepatitis is geelzucht dikwijls aanwezig, maar niet altijd. Andere symptomen zijn onder andere aanhoudende vermoeidheid en krachtverlies, vermageren, koorts, misselijkheid, jeuk en pijn in het rechterdeel van je bovenbuik (waar de lever ligt). De urine is donkerder gekleurd, de stoelgang daarentegen wordt bleker ('stopverf'). In veel gevallen heeft wie besmet was niets gemerkt. Dit is vooral bij druggebruikers wel eens het geval: omdat ze vrijwel dagelijks misselijk en ziek zijn, valt een niet te ernstige hepatitis niet op.
In het laatste geval kan een bloedonderzoek een oude infecie aan het licht brengen.

Hier hebben we het nu enkel over hepatitis die veroorzaakt wordt door virussen. Telkens een nieuw virus dat hepatitis veroorzaakt ontdekt wordt door de wetenschap, geven ze het een nieuwe letter als naam: het eerste was dus hepatitis A-virus. Dit wordt vooral in de stoelgang

gevonden: besmetting gebeurt meestal door onvoldoende hygiëne van een besmet persoon (bijvoorbeeld een kok die zijn handen niet wast). Hepatitis A komt meer voor waar mensen dicht bijeen leven (bijvoorbeeld in gevangenissen, internaten, kazernes) en waar de hygiëne minder is (ontwikkelingslanden, kraakpanden).
Hepatitis A heeft meestal een gunstig verloop: na de ziekte wordt vrijwel iedereen terug gezond.

Hepatitis B, C en D zijn echter belangrijker voor de drugspuiter.

- Hepatitis B:

Hepatitis B- virus wordt op precies dezelfde manier overgedragen als HIV: sexueel en via gemeenschappelijk gebruik van spuiten. Het besmettingsrisico is echter veel hoger: ten eerste zijn er al veel meer mensen besmettelijk en ten tweede is Hep B op zich een zeer besmettelijk virus: het minste contact is voldoende. Dit betekent dat (in tegenstelling tot HIV) ook gewoon intiem contact (dicht tegen elkaar slapen, tongzoenen etc..) iemand kan besmetten.

Wat kan er gebeuren bij besmetting?

- De ziekte breekt uit na zes weken tot zes maanden. Ongeveer drie op vier besmetten hebben geen klachten. Je kan zelf besmettelijk zijn voor anderen vooraleer de ziekte uitbreekt.
De meeste patiënten zijn na enkele weken niet langer besmettelijk. Een minderheid blijft echter jarenlang besmettelijk voor anderen. Of je al dan niet besmettelijk bent/blijft kan enkel door bloedtesten vastgesteld worden.
Uit onderzoek van Free Clinic in Antwerpen blijkt dat bijna 50 % van alle drugspuiters besmet geweest zijn met hepatitis B.

- Het verloop van de ziekte is wisselend:
* Een zeer kleine minderheid heeft een zogenaamde 'fulminante' hepatitis: de ziekte wordt zeer snel ernstiger, de lever wordt vernietigd. Dood na enkele dagen of weken is dan mogelijk.
* Ca negentig percent van de gebruikers heeft een matige infectie: na enkele weken rusten (of ongemerkt verloop) is alles weer normaal.
* Ca tien percent ontwikkelt een chronische vorm van hepatitis B waarbij over jaren blijvend afbraak van de lever optreedt. In een kwart van deze gevallen (dus één op veertig besmettingen in totaal) betekent dit dat cirrhose (een 'verbouwing' van de lever waardoor die niet langer functioneert) of leverkanker optreden, waarna meestal snel de dood volgt.
In deze erge gevallen is een levertransplantatie vaak nog de enige mogelijkheid. Druggebruikers staan net als alcoholici echter achteraan de lijst om getransplanteerd te worden: dikwijls is het tegen dat er een donor gevonden is dan ook te laat.

Er zijn weinig andere medicamenten die kunnen gebruikt worden: alfa-interferon biedt soms verbetering, maar is spijtig genoeg zeer duur.

- Tegen hepatitis B kan je gevaccineerd worden: een totale vaccinatie kost je ca vijfduizend frank (drie inspuitingen over een periode van één jaar + consulten). Wie nog niet besmet is, doet er dus goed aan zich zo snel mogelijk te laten vaccineren.

Hepatitis C:

Bij het onderzoeken van hepatitis-patiënten ondervonden artsen al jaren geleden dat er patiënten waren die wellicht viraal besmet waren, maar waarbij noch hepatitis A, noch hepatitis B werd teruggevonden. Ze noemden dit 'non-A non-B hepatitis'. Sedert enkele jaren weten we dat het zogenaamde hepatitis C-virus voor de meeste van deze besmettingen verantwoordelijk is, en sinds een drietal jaren kunnen we dit virus ook in het bleod opsporen. Hepatitis C is dus geen nieuwe ziekte: alleen het feit dat we ze kunnen opsporen is nieuw.

De belangrijkste verschillen met hepatitis B zijn:
- Meer gevallen worden chronisch (misschien zelfs tot dertig-veertig percent van alle gevallen).
Als je weet dat nu al meer dan vijftig percent van alle Antwerpse drugspuiters besmet is, dan betekent dit dat binnen enkele jaren een groot aantal van hen ernstige leverproblemen kan krijgen, wat potentiëel ook een enorm financiëel probleem kan worden.
We weten wel nog niet echt of er ook bij hepatitis C zoveel gevallen naar cirrhose en kanker zullen evolueren als bij chronische hepatitis B.
- Het is veel moeilijker dan bij hepatitis B om na te gaan wie wel of niet besmettelijk is.
- Er zijn aanwijzingen dat hepatitis C vooral door bloedcontact (gemeenschappelijk spuiten) wordt overgebracht, en minder via sexueel contact.

Hepatitis D

Hepatitis D (beter bekend als hepatitis delta) is een onvolledig virus, dat enkel voorkomt samen met hepatitis B: het kan niet op zichzelf overleven. Wie B + D heeft, heeft meer risico dat zijn hepatitis B chronisch wordt. Omdat er toch niets aan de behandeling verandert, wordt hepatitis D maar zelden opgespoord. Het aantal besmettingen in Antwerpen of België is dan ook niet bekend.

Antwoorden op het vragenuurtje:

1. Waarom zijn zo weinig Antwerpse druggebruikers besmet t.o.v. andere steden?

Belgische drugspuiters (3 à 5 %) zijn inderdaad veel minder besmet dan bijvoorbeeld de drugspuiters van Amsterdam (meer dan 20 %), Frankrijk, Italië of Spanje (allemaal 30-50%).
In de eerste plaats hebben we dus al veel geluk gehad tot nog toe. Bovendien is een snelle uitbreiding nog altijd mogelijk.
Enkele redenen die het verschil kunnen helpen verklaren:
1. T.o.v. andere landen zijn Belgische gebruikers beter beschermd tegen marginalisering: er is een goede sociale zekerheid, betaalbare gezondheidszorg, redelijke opvang van dakloosheid (ten opzichte van het buitenland) etc..
2. Het virus is pas laat in Belgische gebruikerskringen binnengeslopen: op het ogenblik dat iedereen al wist dat er een probleem was. Daardoor hebben velen zich kunnen beschermen.
3. Het virus moet ergens vandaan komen:
- ofwel van druggebruikers uit het buitenland: de meeste besmettingen die we nu zien vinden we inderdaad bij gebruikers die lang in Frankrijk, Italië of Spanje verbleven hebben. In

tegenstelling tot bijvoorbeeld Amsterdam heeft België echter veel minder buitenlandse druggebruikers die zich hier komen vestigen.
- ofwel van Belgische besmetten in andere groepen, met name homosexuelen. In tegenstelling tot bijvoorbeeld New York kennen zowel Antwerpen als Brussel maar een kleine groep homosexuele drugspuiters die als scharnier kunnen fungeren. In die kleine groep vinden we trouwens toch heel wat besmettingen.
4. Dr Reisinger vermeldt dat op het ogenblik dat in het buitenland veel mensen besmet werden (begin jaren tachtig), veel Brusselse gebruikers methadon namen en niet spoten. Toch is het weinig waarschijnlijk dat dit een belangrijke rol gespeeld heeft: meestal ging het om zeer korte programma's, en dan nog vaak met injecteerbare methadon. De uitbreiding van langdurige programma's in Antwerpen en Brussel in de voorbije jaren heeft ongetwijfeld wel veel gebruikers beschermd.
5. De goede kwaliteit van de preventie (Cool en Boule de Neige).

2. Free Clinic wordt een MSOC. Wat betekent dit?

De regering heeft beslist dat er in de grote steden 'MSOC's' komen: maatschappelijk-sociale opvangcentra.
Deze centra bieden ambulante hulpverlening (dwz er zijn geen bedden) aan druggebruikers. In principe moet iedereen er terechtkunnen met vragen en problemen, maar de nadruk zal liggen op hulp, begeleiding en behandeling van ernstig verslaafden.
Hulp betekent ook sociale hulp (zoeken van onderdak bijvoorbeeld), medische hulp etc..
Daarnaast zullen ook methadonprogramma's, spuitenruil, etc.. georganiseerd worden.
Wie Free Clinic herkent in dit beeld heeft gelijk: de overheid vindt wat Free Clinic doet goed, en wil ook anderen de mogelijkheid geven op deze manier te werken.
Voor Free Clinic betekent dit dus dat de huidige werking in grote lijnen wordt verdergezet: wel zullen we door de subsidies meer personeel krijgen (dus minder wachtlijsten) en zullen we in de loop van '96 of '97 verhuizen naar een beter gebouw in het centrum van de stad.

Een aparte opdracht betreft het betrekken, opleiden en begeleiden van huisartsen in de behandelingen. Meer dan nu zullen de MSOC's samenwerken met andere artsen.
Huisartsen en psychiaters die in de toekomst gebruikers willen helpen (bijvoorbeeld met voorschriften) zullen zich moeten bijscholen en zich door een gespecialiseerd centrum laten begeleiden.
Er zijn nogal wat meningsverschillen (vooral tussen Wallonië en Vlaanderen) over hoe dit precies moet gaan. Het is ondermeer hierom dat de beloofde wetswijziging rond methadon uitblijft. De Waalse artsen verzetten zich tegen dergelijke beperkende maatregelen, die ze discrimnerend vinden voor druggebruikers. Anderzijds staat vast dat de kwaliteit van de hulpverlening beter is naarmate de artsen beter geschoold zijn en naarmate ze ook sociale werkers betrekken bij de begeleiding.
Als het 'Vlaamse' standpunt gevolgd wordt, riskeren we dat maar weinig artsen zich geroepen zullen voelen om gebruikers te helpen: ze moeten daarvoor dan immers heel wat tijd en energie investeren.
De politici proberen een compromis te vinden tussen de twee standpunten.

3. Komt de spuitenruil er ?

Waarschijnlijk wordt spuitenruil in de loop van 1996 (misschien 1997) wettelijk. Eigenlijk is iedereen, ook in de regering, ondertussen overtuigd van het nut ervan.
De vertraging van de wetswijziging hangt samen met de vertragingen voor de methadonwet. Ook hier bekvechten politici nog over details.
Eens er een nieuwe wet is, moet er natuurlijk nog geld gevonden worden om initiatieven te ondersteunen.
Ook over de modaliteiten is men het nog niet eens: zullen de apothekers dit moeten doen (en willen die dat wel?), mogen straathoekwerkers zo maar spuiten uitdelen, moeten er automaten komen, etc..
Een complicerende factor zijn de suikerzieken, die eisen dat ook zij dan hun spuiten gratis krijgen. Dit betekent als het toegestaan wordt een serieuze rekening voor de regering.

INFORMELE REGULERING DOOR DRUGGEBRUIKERS

Tom Decorte [(*)], **Faculteit Criminologie, K.U. Leuven**

1. Informele en formele controle van het gedrag

Ieder individu ontwikkelt, in meer of mindere mate, regels die zijn of haar gedrag beheersen. Mensen controleren hun eigen gedrag en dat van anderen met verschillende vormen van dwang. Dit kan zijn via (burgerrechtelijke of strafrechtelijke) wetgeving, meer informele vormen van dwang of sociale druk, zelfcontrole of geïnternaliseerde controle.

De verschillende omgevingen of milieus waarin een individu is ingebed, kunnen als ***semi-autonome sociale velden*** worden beschouwd.[1] Deze velden worden deels gereguleerd door de overheid via wetgeving (= ***formele controle***), en deels door de beperkingen van andere sociale groepen. Maar deze sociale velden creëren ook hun eigen regels en reglementen, en ze genereren ook sancties voor de leden die niet in overeenstemming met die regels handelen (= ***informele controle***).

Deze types van informele controle kunnen identiek zijn, gelijken op of radicaal verschillen van de controle en de regels die het individu door de maatschappij via het wettelijke of politieke systeem worden opgelegd.[2] Er is ook een specifieke relatie tussen informele en formele controle:[3]

(1) Hoe meer een gedrag formeel geregeld is (door de staat), hoe minder informeel het zal zijn geregeld. Repressieve wetten laten weinig ruimte voor het experimenteren en verkennen van grenzen. Gepaste vormen van informele controle kunnen zich in een context van beperkte of terughoudende wetgeving beter ontwikkelen. En bovendien zal -in het geval van strenge wetgeving, het overtreden van de regels in meer problematisch gedrag resulteren.[4]

> Een voorbeeld: het opjagen van illegale druggebruikers door de politie leidt ertoe dat gebruikers minder tijd hebben om de nodige (hygiënische) maatregelen te treffen voor het inspuiten van drugs.

(2) Als formele en informele regels tegenstrijdig zijn, dan plaatst dit het ndividu in een onzekere situatie. De contradictie tussen formele en informele regels kunnen het individu angstiger maken en dus de controle over het eigen gedrag bemoeilijken.[5]

(*) Wetenschappelijk medewerker K.U. Leuven, Afdeling Criminologie, Instituut voor Politionele en Gerechtelijke Organisatie.

1 MOORE, D., 'Ethnography and illicit drug use: dispatches from an anthropologist in the field', *Addiction Research*, vol. 1 (1993), 11-25.

2 GEORGE, M., 'The role of personal beliefs and accepted beliefs in the self-regulation of drug taking', *The International Journal of drug Policy*, 32-35.

3 GERRITSEN, J.W., *De politieke economie van de roes*, Amsterdam, University Press, 1994, 11-12 en 223.

4 GRUND, J.P., *Drug use as a social ritual*, Rotterdam, Instituut voor Verslavingsonderzoek, 1993, 253.

5 JANSEN, P., *Gereguleerd gebruik van heroïne*, Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1992, 11.

In deze paper wordt dieper op het gebruik van drugs en de informele regulering ervan ingegaan. In de criminologische literatuur wordt aan het officiële drugbeleid, de formele controle dus, veel aandacht geschonken. Er is veel minder aandacht voor de informele controle door gebruikers zelf.

Vooraf nog één opmerking: in discussies over drugbeleid wordt vaak uitgegaan van wat we noemen ***worst case scenarios***, de ergste of meest afschrikwekkende voorbeelden. Zo worden injecterende druggebruikers bijna zonder uitzondering beschouwd als verachtelijke criminelen, wiens antisociaal gedrag slechts met repressieve wetgeving kan worden veranderd.[6] Het merendeel van onze kennis over druggebruik is gebaseerd op gevallen die in de hulpverlening worden gerecru-teerd en vanuit het medische of psychologische paradigma worden bestudeerd. Het is evident dat dergelijke kennis gefilterd is. [7]Ik ga er -in deze benadering- van uit dat er nog heel wat andere druggebruikers zijn die met het stereotype van de 'straatjunk' weinig of geen gelijkenissen vertonen. De groep gebruikers in onze samenleving is véél groter dan de marginale en meest zichtbare groep gebruikers. In een onderzoek, dat zal starten op 1 januari 1996, ga ik op zoek naar drugge-bruikers die hun gebruik in meerdere of mindere mate onder controle hebben. Het is mijn bedoeling te achterhalen welke informele regels zij daarvoor hanteren. Mensen die hun drug of drugs op een gematigde of 'succesvolle' manier gebruiken. En dat zijn er volgens mij méér dan de meesten onder ons zouden durven denken!

2. Informele controle van (legaal) druggebruik

Het gebruik van sommige drugs (alcohol en tabak, bijvoorbeeld) is geïntegreerd in cultureel bepaalde en wettelijk geregelde sociale structuren.

2.1. Het gebruik van tabak is wijd verspreid, terwijl een beperkt aantal formele regels het gebruik omkaderen: er mag niet in openbare gebouwen worden gerookt; de tabaksreclame is gereglementeerd;...
Voor het overige is het gebruik van tabak informeel geregeld: mensen vragen anderen of het niet stoort dat ze roken, er zijn aparte plaatsen in de meeste gebou-wen, en in de trein waar men mag roken; vrienden wijzen elkaar op het feit dat ze nu toch veel beginnen te roken, ... Rokers worden dus verondersteld zelf verant-woordelijkheid te dragen en te weten waar ze mee bezig zijn en wat de risico's en de overlast voor anderen kan zijn.

2.2. Het gebruik van alcohol is al even verspreid: in cafés, restaurants, als op fuiven, familiefeesten, officiële recepties,... Er zijn een beperkt aantal formele regels (de meeste daarvan hebben betrekking op alcoholgebruik in het verkeer. Voor het overige is de consumptie van alcohol informeel geregeld: vrienden beschermen hun vriend vanaf de derde pint, koppels spreken af wie er vanavond rijdt, bij fuiven worden bussen ingelegd,...

---

6 WODAK, A., 'Organizations of injecting drug users in Australia', *The International Journal of Drug Policy*, 96-97.

7 HAMILTON, M.A., 'Sociology - the poor relation in drug and alcohol research?', *Drug and Alcohol Review*, 1993, nr. 12, 359-367. WALDORF, D., REINARMAN, C. en MURPHY, S., *Cocaine changes: the experience of using and quitting*, Philadelphia, Temple University Press, 1991, 326 p.; en DAVIES, J.B., *The myth of addiction: an application of the psychological theory of attribution to illicit drug use*, Chur, Reading UK, Harwood Academic Publishers, 180 p, commentaar van COHEN, P.D.A., in *Contemporary Drug Problems*, 1992, 533-545.

3. Informele controle van illegaal druggebruik

Maar bij andere (illegale) drugs gaat men er blijkbaar van uit dat er geen informele regeling is of kan zijn, dat gebruikers van illegale drugs per definitie geen controle kunnen houden over hun gebruik; dat zij voor hun eigen gedrag en voor de gevol-gen daarvan voor zichzelf geen verantwoordelijkheid kunnen dragen.[8] Daarom moet het gebruik formeel worden geregeld.

Bestaat er dan geen aanzet tot informele regeling voor het gebruik van illegale drugs ? Volgens mij - en dat is een persoonlijke stelling - wél, en ik zal u enkele argumenten opsommen die deze stelling onderbouwen:

3.1. Occasioneel of gecontroleerd gebruik.

Ontelbare auteurs hebben niet alleen de mogelijkheid, maar zelfs het brede bestaan van gecontroleerd gebruik aangetoond. Tot in de jaren '80 geloofde niemand dat het mogelijk was om heroïne en andere opiaten op een gecontroleerde, niet-verslaafde manier te gebruiken. Sinds 1970 beschreven sommige onderzoekers gereguleerd gebruik, maar men geloofde dat deze gebruikers in een later stadium toch verslaafd zouden raken.[9] In 1984 was Norman Zinberg een van de eerste die aandacht besteedde aan de invloed van persoonlijke en sociale factoren in het ontwikkelen van een gereguleerd patroon van druggebruik.[10] Zinberg en zijn collega's ontdekten dat alle druggebruikers in zekere mate hun inname van drugs ritualiseren, en dat gecontroleerd gebruik vooral ondersteund wordt door subculturele rituelen en sancties in verband met het druggebruik.
De stelling van zinberg dat niet ieder gebruik van hard drugs vanzelf tot een ongecontroleerde verslaving leidt, werd later nog door talloze andere onderzoekers bevestigd.[11]

3.2. Stoppen met drugs.

Het lijkt weinig voor te komen, maar er zijn talloze voorbeelden bekend van druggebruikers én drugverslaafden die uiteindelijk toch stoppen met gebruiken. Winick noemde dit fenomeen 'maturing out': na een bepaalde periode gaan drugverslaafden door een soort van rijpingsproces, en het gebruik van harddrugs vervult niet langer de initiële functies.[12] De meeste druggebruikers stoopen hun gewoonte op een 'natuurlijk' manier: op een bepaald moment worden drugs nutteloos in hun levensstijl. Volgens Winick zouden ongeveer 65% abstinent worden, zonder hulp van buitenaf, weliswaar na een lange periode. Winicks

---

8 MOORE, D., 'Beyond Zinberg's social setting: a processural view of illicit drug use', *Drug and Alcohol Review*, 1993, nr. 12, 413-421.

9 JANSEN, P., *o.c.*, 3.

10 ZINBERG, N.E., *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*, New Haven/London, Yale University Press, 1984.

11 BLACKWELL, J.S. (1983), 'Drifting, controlling and overcoming: opiate users who avoid becoming chronically dependent', *Journal of Drug Issues*, 219-235; KAPLAN, C.D., BIELEMAN, B. & TENHOUTEN, W.D. (1992), 'Are there casual users of cocaine?', in *Cocaine: scientific and social dimensions*, Ciba foundation Symposium, Wiley, Chichester, 57-80.

12 WINICK, C., *Sociological aspects of drug dependence*, Cleveland, CRC Press, 1974, 327 p.

hypothese inspireerde veel andere onderzoekers. Sommigen gebruikten follow-up studies op de carrières van druggebruikers te testen, anderen zochten naar druggebruikers die hun gebruik autonoom hadden beëindigd.[13]

3.3. Antropologisch onderzoek

Eisen dat druggebruikers hun gebruik op bepaalde plaatsen of momenten of qua hoeveelheid zouden beperken, is niet het onmogelijke vragen. Bijna alle gebruikers vertonen een zekere mate van controle over hun gebruik. Antropologisch onderzoek in het buitenland heeft aangetoond dat er sociale mechanismen en controles zijn ontwikkeld door druggebruikers om de schade of de gevaren van het gebruik te minimaliseren.[14]
Druggebruikers of groepen gebruikers hebben regeltjes en sancties ontwikkeld om het gebruik zo veilig moeglijk te houden -voor zover dat in een sfeer van illegaliteit en constante druk vanwege politie en justitie mogelijk is. Deze regeltjes hebben betrekking op de gebruikstechniek, de keuze van de plaats, het moment, de hoeveelheid van het gebruik en de activiteiten voor of na het gebruik.
Een lijst van 24 regels, gebaseerd op antropologisch onderzoek over druggebruik in westerse samenlevingen:[15]

1. Ik gebruik niet iedere dag of niet tijdens de week;
2. Ik gebruik niet als ik de volgende dag moet werken;
3. Ik gebruik niet als de kinderen nog op zijn;
4. Ik gebruik niet voor het avondmaal;
5. Als ik cocaïne gebruik, let ik op mijn alcoholgebruik;
6. Ik stop als ik bepaalde dingen of effecten voel;
7. Ik gebruik niet als ik depressief ben;
8. Ik gebruik alleen dope van goede kwaliteit;
9. Ik gebruik niet alles in één keer, ik proef eerst een beetje;
10. Ik overschrijd mijn vaste budget voor drugs niet;
11. Ik gebruik nooit op een voor mij onbekende plaats;

---

13 LADEWIG, D. (1987). Katamnesen bei Opiatabhängigkeit. In KLEINER, D., *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten.* Berlijn/Heidelberg: Springer-Verlag, 55-69; ONSTEIN, E.J. (1987). Heroïneverslavingscarrières, Hoe is het beloop in de tijd? Heeft therapie effect? Zijn er prognostisch gunstige factoren?, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 29, 516-525; SWIERSTRA, K.E. (1987). Heroïneverslaving: levenslang of gaat het vanzelf over?, *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen*, 13, 78-92; SCHNEIDER, W. (1988). Zur Frage von Ausstiegschancen und Entwicklungsmöglichkeiten bei Opiatabhangigkeit, *Suchtgefahren*, 34, 472-490; GEKELER, G. (1983). "Ich hab's allein geschafft!" Heroinabhängige heilen sich selbst. *Psychol. Heute*, 10, 28-33; BIERNACKI, P. (1986). *Pathways from Heroin Addiction: Recovery without Treatment.* Philadelphia: Temple University Press; MDHG (1987). *Op eigen houtje afkicken (Onderzoeksrapport).* Amsterdam: Eigen uitgave; KLINGEMANN, H.K.-H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *Britisch Journal of Addiction*, 86, 727-744; BUNTINX, F. et al. (1992), Waarom stopt iemand ambulant met heroïnegebruik?, *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen*, 18, 190-196.

14 GRUND, J.P., *o.c.*, 109-125.

15 COHEN, P., *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*, 79; GRUND, J.P., *o.c.*, 90-99. WALDORF, D., REINARMAN, C. & MURPHY, S. (1991), *o.c.*, 267-278; HAVES, W. & SCHNEIDER, W. (1992), Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen: Forschungsstand und Konzequenzen, *Drogalkohol*, 16, 75-89; HARDING, W.M. (1980), Formerly addicted, now controlled opiate users, *International Journal of the Addictions*, 15, 47-60; ZINBERG, W.M., *o.c.*.

12. Ik gebruik nooit samen met vreemden of met bepaalde mensen;
13. Ik injecteer nooit;
14. Ik plan mijn gebruik altijd op voorhand;
15. Ik gebruik nooit alleen;
16. Ik deel nooit spullen of drugs;
17. Ik ruim het huis op voor ik gebruik;
18. Ik koop alleen drugs van een gekende dealer;
19. Ik gebruik alleen op speciale momenten (feestjes, verjaardag, sex,...);
20. Ik maximaliseer het gewenste drug-effect;
21. Ik laat geen anderen in mijn huis gebruiken;
22. Als ik voel dat ik de controle verlies, stop ik;
23. Ik neem mijn voorzorgen voor ik gebruik;
24. Ik neem fysieke afstand van de drugscene.

De meeste van deze sociale sancties en rituelen voor gecontroleerd gebruik zijn geen 'bewuste' regels: de meeste druggebruikers zien deze regels als een deel van hun persoonlijkheid, en niet als aangeleerde sancties en rituelen.[16] Sommige gebruikers identificeren deze regels pas als zij ze één keer hebben overtreden. In zekere zin is de gemiddelde hulpzoekende druggebruiker een slachtoffer van zijn of haar mislukte poging om adequate persoonlijke regels te maken, te identificeren of te respecteren.

Enkele opmerkingen:

a. Reclame en preventieboodschappen spelen soms op het bestaan van bepaal-de informele regels in (bijv. 'Een Belga rook je nooit alleen'; 'Bescherm je vriend vanaf de derde pint');

b. Sommige van die regels worden sterk beïnvloed door externe omstandigheden (repressie heeft invloed op hygiëne);

c. Hoe minder regels iemand respecteert, hoe minder controle hij of zij heeft over haar druggebruik;

d. Wie de regels systematisch blijft overtreden en niet gehoorzaamt aan de informele sociale druk van de groep zal uiteindelijk sneller marginaliseren, isoleren...

3.4. Peer support

Het onderzoek naar de vraag hoe druggebruikers leren gebruiken, en welke daarbij de invloed is van oudere, meer ervaren injecterende druggebruikers, bouwt impliciet verder op de idee van informele regulering van druggebruik. Immers, in deze benadering wordt nagegaan hoe de informele regels van de ene gebruiker op de andere worden overgedragen. Het belang van dit soort onderzoek voor het ontwerpen van preventiestrategieën kan niet genoeg worden benadrukt.

---

[16] JANSEN, P., *o.c.*, 30.

4. Conclusies.

(1) Naar een systeem van minder formele controle en meer informele controle: druggebruikers moeten meer ruimte krijgen om zelf te bepalen wat ze met hun druggebruik aanvangen. Wat betreft de hulpverlening betekent dit dat alle moge-lijke vormen van drughulpverlening moeten worden gestimuleerd en uitgebouwd. Het is aan de gebruiker om te beslissen wanneer hij/zij op welke vorm van hulpver-lening een beroep doet. Wat betreft het drugbeleid, betekent dit dat we moeten afstappen van het repressive beleid.

(2) Dit betekent een responsabilisering van de druggebruiker. Niet zozeer in de betekenis van een harde aanpak (cold turkey-afkick) om de gebruiker voor zijn verantwoordelijkheid te plaatsen, maar in de betekenis van het verlaten van het paternalistische denken over gebruikers: zij wéten waar ze mee bezig zijn, zij zijn reeds verantwoordelijk voor wat ze doen.

(3) De analyse van informele regulering van (illegaal) druggebruik toont tenslotte aan dat dé expert inzake de drugproblematiek de druggebruiker zélf is. Daarmee wordt ook het belang van het concept peer support en de mogelijke toepassingen ervan in Aids- en drugspreventieprojecten bevestigd.

BIBLIOGRAFIE

ARNAO, G., 'Anti-prohibition: what does it really mean?', *The International Journal of Drug Policy*, 155-158.

BERTRAND, M.A., La ligue internationale antiprohibitionniste: sa naissance, son évolution et ses perspectives d'avenir', *Psychotropes*, vol. 7 (1992), nr. 2, 81-86.

CLARK, A., 'Adding up the pros and cons of legalisation', *The International Journal of Drug Policy*, 116-121.

COHEN, P.D.A., *Cocaine use in Amsterdam*, Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam,...

DAVIES, J.B., *The myth of addiction: an application of the psychological theory of attribution to illicit drug use*, Chur, Reading UK, Harwood Academic Publishers, 1992, 180 pp.

DEBED, *Manifest voor een alternatief drugbeleid*, 1994, 30 pp.

DEBED, *Just try to keep it legal*, 1994, 19 pp.

DE VLEESCHOUWER, D., 'Consommateurs de drogues et déprohibition', in *Psychotropes*, vol. 7 (1992), nr. 3, 65-69.

ESBENSEN, F.A., en ELLIOTT, D.S., 'Continuity and discontinuity in illicit drug use: patterns and antecedents', *The journal of Drug Issues*, 24 (1994), nr. 1, 75-97.

FITZGERALD, J.L., 'Lived fictions: moving from pharmacology to ethnography', *Drug and Alcohol Review*, (1993), 12, 423-428.

GEORGE, M., The role of personal rules and accepted beliefs in the self-regulation of drug taking, *The International Journal of Drug Policy*, 32-35.

GERRITSEN, J.W., *De politieke economie van de roes*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1994,

GILMORE, N., JURGENS, R., en SOMERVILLE, M., *Human rights and licit and illicit drug use*, Working paper for The Programme on Substance Abuse, W.H.O., 1992, 9 pp.

GRUND, J.P., *Drug use as a social ritual*, IVO, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993, 318 p.

GUILLEMOLES, A., 'Des toxicos défendent leurs droits', *Interdependances*, mei-juni 1992, 32-33.

HAMILTON, M.A., 'Sociology - the poor relation in alcohol and drug research?', *Drug and Alcohol Review*, (1993) 12, 359-367.

HAVES, W. en SCHNEIDER, W., 'Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen: Forschungsstand und Konsequenzen', XXXX, 75-89.

HUSAK, D., *Drugs and rights*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, 312 p.

JANSEN, P., *Gereguleerd gebruik van heroïne*, Instituut voor Sociale Geneeskunde, VU Amsterdam, 1992, 41 p.

JUILLIARD, O., 'Les toxicomanies', in POIRIER, J. (ed.), *Histoire des moeurs, deel II: Modes et modèles*, 1991, Gallimard, Paris, Encyclopédie de la Pleiade, deel 48.

KRAMER, E. en SCHIPPERS, G., *Zelfcontrole en ontwenning van harddrugs*, University of Nijmegen Research Group on Addictive Behaviors, 1994, 175 p.

LUGER, M., en BATEY, R., Drug policy: must we choose between harm minimization and abstinence?', *Drug and Alcohol Review*, (1993) 12, 3-6.

McDERMOTT, P. en McBRIDE, W., Crew 2000: peer coalition in action', *Druglink*, nov./dec. 1993, 13-15.

MITCHELL, J., 'Self-regulation and "addictive behavior": some theoretical remarks', *The International Journal of the Addictions*, 27 (6), 743-748.

MOL, R., OTTER, E. en VAN DER MEER, A., *Drugs and AIDS in the Netherlands - the interests of drug users*, MDHG, Amsterdam, 1992, 75 pp.

MOORE, D., 'Ethnography and illicit drug use: dispatches from an anthropologists in the field', *Addiction Research*, vol. 1 (1993), 11-25.

MOORE, D., 'Beyond Zinberg's 'social setting': a processural view of illicit drug use', *Drug and Alcohol Review*, (1993) 12, 413-421.

PENKERT, W., 'Recht auf Rausch - Recht auf Drogen?', *SuchtReport*, 1993, nr. 1, 38-44.

RADLEY, A., *The body and social psychology*, New York, Springer, 1991, 213 p.

RADLEY, A., *Worlds of illness: biographical and cultural perspectives on heatlh and disease*, London, Routledge, 1993,

RADLEY, A., *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*, Sage Publications, 1994, 256 p.

SILVIS, J., HENDRIKS, A. en GILMORE, N., *Drug use and human rights in Europe*, Report for the European Commission, 1992, 233 pp.

SWIERSTRA, K., *Drugscarrières. Van crimineel tot conventioneel*, Rijksuniversiteit Groningen, 1990, 327 p.

WALDORF, D., REINARMAN, C. en MURPHY, S., *Cocaine changes: the experience of using and quitting*, Philadelphia, Temple University Press, 1991, 326 pp.

WODAK, A., 'Organisations of injecting drug users in Australia', *The International Journal of Drug policy*, 96-97.

ZINBERG, N.E., *Drugs, set and setting. The basis for controlled intoxicant use*, Yale University Press, New Haven/Londen, 1984.

STRAATHOEKWERK : EEN OVERZICHT OP GEBIED VAN DOELGROEPEN, DOELSTELLINGEN EN METHODISCHE AANPAK

(Koning Boudewijnstichting, 27 oktober 1994 : Rondetafelconferentie straathoekwerk)

I. Doelgroep

1. Basisvoorwaarden

Met de start van straathoekwerkprojecten in Vlaanderen reageert men op het feit dat een aantal groepen niet of nauwelijks bereikt worden, maar wiens situatie aandacht verdient.

De doelgroepen moeten bereikbaar zijn op plaatsen zoals cafés, dancings, de straat, het doplokaal, de wijk, enz. ... . Hier worden de doelgroepen aktief benaderd.

2. Maatschappelijke kwetsbaarheid

Een belangrijk kenmerk van de verschillende shw-projecten is dat ze zich over het algemeen richten op maatschappelijk kwetsbare groepen of op groepen die door bepaalde problemen dreigen in een maatschappelijk kwetsbaarheidsproces terecht komen.

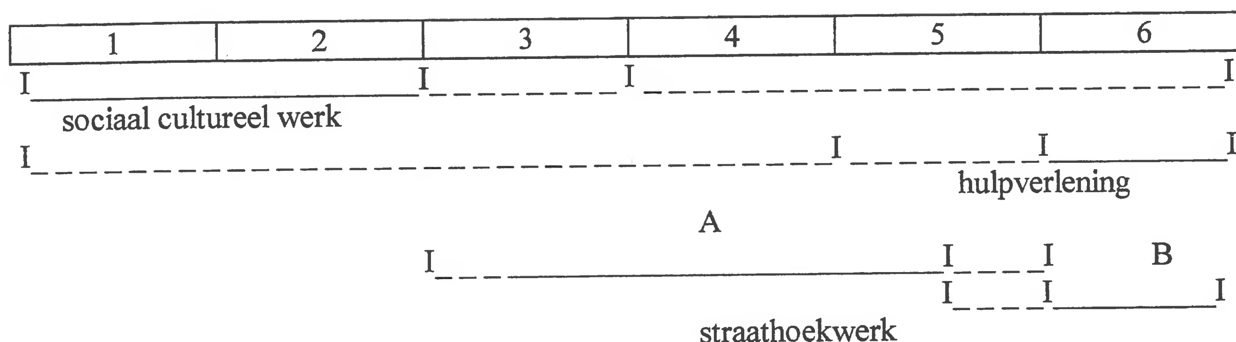
Als basis gebruiken we de Maatschappelijke Kwetsbaarheidstheorie die ontwikkeld werd door de K.U.L. (Vettenburg, Walgrave en Van Kerkvoorde, 1984; Vettenburg, 1988b; Van Limbergen en Walrgave, 1988).

3. Doelgroepen schema

3.1. Vooraf

Een kind dat zijn maatschappelijke loopbaan begint vanuit een maatschappelijk kwetsbaar gezin, dreigt terecht te komen in een neerwaartse spiraal van toenemende maatschappelijke kwetsbaarheid.
Om te weten hoe er mee omgaan, moeten we eerst kijken hoe dit negatieve proces van maatschappelijke kwetsbaarheid zich konkreet uit in ons werkveld.
In de loop der jaren ontstond er binnen het straathoekwerk een doelgroepenschema dat hierbij een hulpmiddel is.
Dit schema biedt een overzicht van het proces dat een aantal groepen doormaken vanaf de geboorte tot aan een, schijnbaar uitzichtloze situatie (zwaar druggebruik, kriminaliteit, psychische problemen, apathie, ...). Het helpt ons bij het bepalen van de doelgroep en de te hanteren methodiek.

3.2. Het schema



3.3. De verschillende fasen

1. Kinderen die in een maatschappelijk kwetsbaar gezin geboren worden (van 0 tot 12 jaar).
2. Kinderen vanaf 12 jaar. Ze gaan naar de middelbare school. Als we deze jongeren willen plaatsen in de theorie van Maatschappelijke Kwetsbaarheid, dan kunnen we stellen dat deze jongeren over het algemeen hun eerste kwetsing ervaren hebben , maar ze houden zich toch nog aan regels en afspraken die binnen structuren bestaan. De invloed van volwassenen op deze jongeren is nog groot.
3. In deze fase kan men spreken over adolescenten . Een normale fase binnen de adolescentie is dat men zich verzet tegen regels en afspraken van volwassenen. Men experimenteert met die regels en afspraken (kijken hoever men kan gaan) en men experimenteert ook met omgangsvormen.
   Opnieuw geplaatst binnen de Maatschappelijke Kwetsbaarheidstheorie kan men stellen dat deze fase voor deze jongeren anders is dan voor andere jongeren. Ze werden eerder al gezien als moeilijke jongeren (en slechte leerlingen bijvoorbeeld), die moeilijk in het gareel te houden zijn.
   Deze fase, die heel normaal is voor alle jongeren, bevestigt en versterkt het beeld dat volwassenen van hen hebben. Dit alles uit zich in dingen zoals testgedrag, vandalisme, slechtere resultaten, spijbelen, ...
   Kortom, een steeds moeilijkere relatie met volwassenen en ook met de maatschappelijke instellingen.
4. In deze fase beginnen de jongeren af te haken. Ze geven het op. Ze ervaren elk kontakt met de maatschappelijke instellingen als kwetsend. Ze hebben nog bitter weinig positieve kontakten met volwassenen. Ze worden konstant gezien en aangesproken als domme, moeilijke en ongedisciplineerde mensen. Dit wordt gaandeweg opgenomen in hun zelfbeeld. Ze gaan zich ook zo gedragen (als we zo behandeld worden, dan moeten we ons zo ook maar gedragen) en gaan daarin prestige zoeken.
   De peer-groep wordt belangrijk. Dit wordt voor hen het belangrijkste referentiekader.
   Het opzoeken van kicks wordt steeds belangrijker.
   In deze fase ontwikkelen de jongeren steeds meer individuele problemen op allerlei gebied (werkloosheid, thuisloosheid, justitiële kontakten, ...).
5. De individuele problemen worden ernstiger en breiden zich uit naar andere leefgebieden. De verdedigingsmechanismen worden meer uitgesproken. De zoektocht naar alternatieven voor een gewoon aangepast burgelijk leven begint via vaste banen te lopen.
6. In deze fase dreigen de jongeren vast te lopen. Ze zijn sterk geïsoleerd van de samenleving (gemarginaliseerd). De individuele problemen zijn groot en te situeren op velerlei samenhangende gebieden.

Syptomen : zwaar illegaal druggebruik, drankmisbruik, krimineel gedrag, prostitutie, psychische problemen, enz.

3.4. Relatie met de welzijnswereld

Samenvattend kun je stellen dat er zich in de relatie tussen de welzijnswereld en de jongeren twee problemen stellen.
Ten eerste is er het probleem van de bereikbaarheid. Bepaalde groepen zijn moeilijk te bereiken. Het tweede probleem is de hanteerbaarheid. Sommige groepen worden wel bereikt maar er is een hanteerbaarheidsprobleem, men weet niet goed wat er mee aan te vangen.

3.5. Straathoekwerk

De eerste shw-projecten in Vlaanderen tichtten zich vooral op doelgroepen zoals druggebruikers en prostituées. Op het schema kan men deze projekten plaatsen onder straathoekwerk B.

De situatie van deze doelgroepen kenmerkt zich door een aaneenschakeling van verschillende samenhangende problemen. Werken met deze mensen is een intensieve bezigheid. De nadruk ligt dan ook op het individuele werk.

Een ander kenmerk is dat het werk vooral ligt in het curatieve. Men zal de doelgroepsleden om hun problemen op een zo bevredigend mogelijke manier op te lossen.

Het preventieve aspekt is hier echter ook heel belangrijk maar ligt eerder in de harm-reduction, m.a.w. ervoor zorgen dat hun situatie niet verslechtert.

De laatste jaren wordt het shw ook steeds meer gebruikt naar andere doelgroepen, met name vooral de maatschappelijk kwetsbare jongeren (in het schema vooral de jongeren van fase 4 en 5). Op het schema kan men deze problemen plaatsen onder straathoekwerk A.

Het feit dat de individuele problemen van deze jongeren nog niet zo groot zijn heeft tot gevold dat er ook nog geen behoefte bestaat aan intensieve opvolging door de shw-er. Daarbij komt nog het feit dat deze jongeren over het algemeen best nog gemotiveerd kunnen worden voor groepsaktiviteiten. Dit alles geeft de mogelijkheid om als shw-er veel meer groepsgerichte aktiviteiten te doen.

Deze jongeren hebben nog heel weinig positieve bindingen met volwassenen en de peer-groep wordt voor hen het belangrijkste referentiekader. Dit is voor de shw-er belangrijk. De shw-er probeert een positieve relatie op e bouwen met de jongeren en hun peer-groep. Als dit lukt dan kan dit op twee niveaus zijn effekt hebben :

- men wordt als het ware aan een, voor de individuele jongere aanvaard, volwassen referentiekader,
- men kan als werker invloed uitoefenen op het referentiekader van de peer-groep door er positieve elementen bij te voegen.

Het peer-groepgericht werken is voor dit shw erg belangrijk.

Ook op preventief vlak vershilt dit shw t.o.v. het vorige doordat het preventieve gericht is op het vermijden van individuele problematieken bij de jongeren.

1.3.6. Konkrete doelgroepen

De bestaande shw-projekten richten zich op verschillende doelgroepen. De meeste projekten hebben wel één of andere specifieke invalshoek. De voornaamste zijn :
- illegale druggebruikers,
- prostituées,
- maatschappelijk kwetsbare jongeren,
- aatschappelijk kwetsbare migranten,
- voetbalfans,
- thuislozen.

II. Doelstellingen

De doelstellingen zijn :
1. Kontakt krijgen met de doelgroep en zicht krijgen op hun problematiek.
2. Een emancipatorisch proces op gang brengen, d.w.z. de doelgroep beïnvloeden met het oog op meer eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid.
3. Streven naar een meer gecoördineerde aanpak van de problematiek. Streven naar een betere en positieve aansluiting en betrokkenheid van de doelgroep en de maatschappelijke instanties op elkaar.

III. Methodiek

Laagdrempelig

De situatie van een aantal groepen in de samenleving is moeilijk en soms problematisch. Deze mensen verdienen dan ook aandacht vanuit de welzijnswereld. Maar bepaalde groepen worden niet bereikt. Voor die groepen kan het shw een goed alternatief zijn. Dit kan omdat het shw in staat is zich laagdrempelig op te stellen. De laagdrempeligheid verwezenlijkt men door te vertrekken vanuit drie uitgangspunten :

1. Het aktief benaderen van de doelgroep.
   Straathoekwerkers zoeken de doelgroep op in hun eigen milieu, namelijk op café, dancing, winkelstraat; op de hoek van de straat, in de wijk waar ze wonen, op de dop, ...
2. Positieve benadering van de doelgroep.
   Typerend voor shw is de positieve houding ten opzichte van de doelgroep. Die houding vereist een aanvaarding van de doelgroep met haar taalgebruik, haar gedarg, haar waarden en normen, haar druggebruik, haar kriminaliteit, ...
   Dit aanvaarden betekent niet dat alles zomaar goedgekeurd wordt. Het betekent wel dat de waarden en normen van de doelgroep aanvaard worden als een eigen keuze, waar ze zelf verantwoordelijkheid voor moeten dragen. Zo vermijdt men het konflikt en worden dingen bespreekbaar. Dit in tegenstelling tot de vele konfliktueuze relaties die ze hebben met andere mensen. Konflikten met de politie-agent, met familieleden, met leraren in school, ...

Er kan een positieve en aanvaardbare konfrontatie plaatsvinden tussen ideeën, waarden en normen van de doelgroep en de straathoekwerker. Dit effekt wordt versterkt doordat de werker de doelgroep opzoekt in haar eigen milieu. In haar eigen milieu spelen de eigen waarden en normen veel sterker door dan op andere plaatsen. Door deze manier van werken behoudt de doelgroep via de werker een positieve link met de samenleving.

3. De integrale aanpak :

Straathoekwerk richt zich meestal op doelgroepen wiens situatie zich kenmerkt door een groot aantal van samenhangende problemen. Deze problemen zorgen er dikwijls voor dat mensen in een vicieuze cirkel zitten waar ze nog moeilijk uit kunnen.

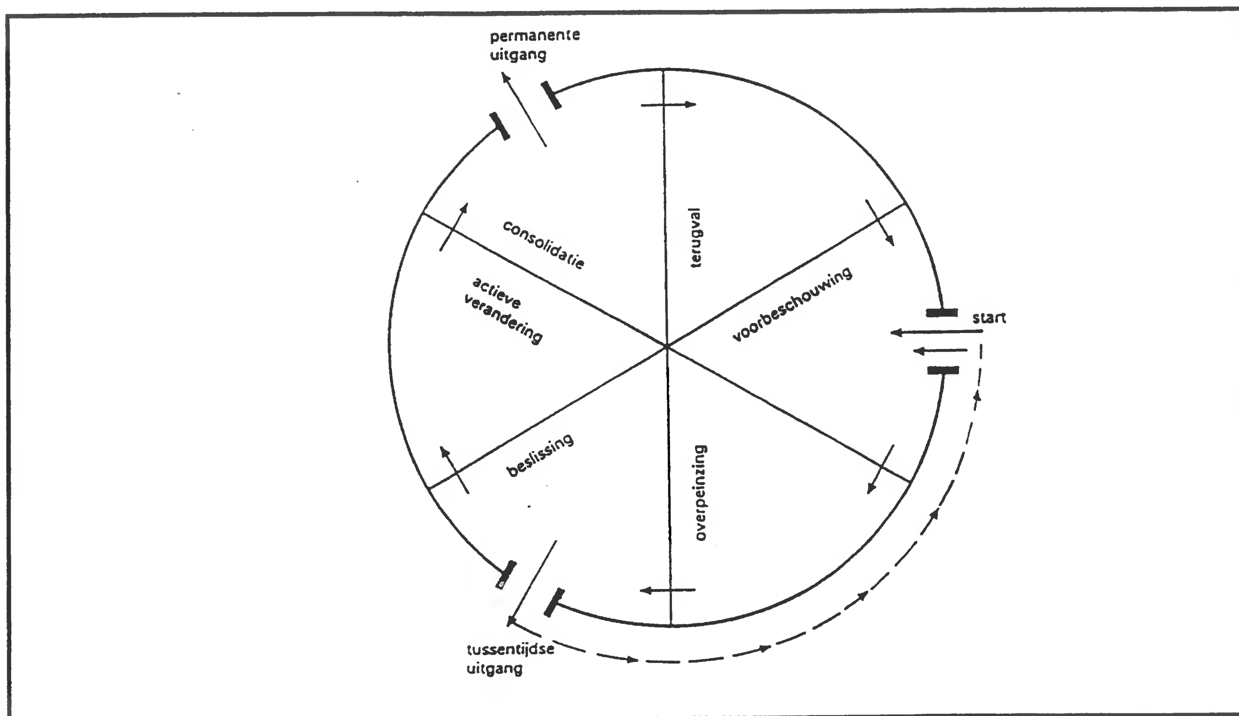
Je kunt er één probleem uitpikken en er een oplossing voor zoeken. Maar dit werkt niet. De andere problemen blijven een fundamentele oplossing hypothekeren. Je moet dan ook aandacht besteden aan de totale problematiek. Het straathoekwerk kiest dan ook voor een integrale aanpak van de problematiek.

Deze keuze voor laagdrempelig werken bepaalt in grote mate de methodische aanpak van de drie grote polen van het straathoekwerk, nl. het individuele, het groeps- en het strukturele werk.

1. Het individuele werk

1.1. Een veranderingsproces

Het veranderingsmodel, ontwikkeld door Prochaska & Diclemente (The transtheoretical apporach : crossing traditional boundaries of therapy), geeft een overzicht van wat er gebeurt met mensen die in een veranderingsproces zitten.



Dit model werd ontwikkeld voor mensen met een alcoholprobleem, maar het kan ook gebruikt worden voor alle vormen van veranderingen. In het volgende hoofdstuk zullen we dan ook de rol van de straathoekwerkers binnen dit proces aangeven.

In het model onderscheidt men een aantal stadia :

1. De voorbeschouwing :
   Het individu zit in een bepaalde situatie en er is geen neiging tot verandering.
   Doel van het shw : de doelgroepsleden in de fase van overpeinzing doen evolueren.

   Door :
   - Door op te zoeken met de doelgroep via vindplaatsenwerk, introduktie, aktiviteiten, een aanleiding, ...
   - een vertrouwensrelatie op te bouwen,
   - te werken rond zelfbeeld, verantwoordelijkheid en verantwoordelijkheid,
   - een referentiekader te zijn voor de doelgroep.

2. De overpeinzing :
   Dit is het stadium van het tegen elkaar afwegen van voor- en nadelen van de situatie. Men overweegt mogelijkheden om de nadelen van de situatie op te lossen (verandering).
   Taak van de straathoekwerker : klankbord spelen, spiegelen.

3. De beslissing :
   Men heeft de voor- en nadelen overwogen en men neemt een besluit. Taak van de straathoekwerker :
   - voldoende informatie doorgeven van de mogelijkheden om de verandering tot een goed einde te brengen,
   - doorverwijzen,
   - eventueel helpen om de eerste stap te doen.

4. De aktieve verandering en stabilisatie.
   Men heeft beslist dat er verandering moet komen in de situatie en gaat dan ook veranderingen teweeg brengen door aktief stappen te ondernemen.
   De straathoekwerker beperkt zich zoveel mogelijk tot het volgen van de betrokkene.

1.2. Praktische dienst- en hulpverlening

Het is niet de bedoeling dat het straathoekwerk het werk van andere instanties gaat overnemen. Toch kan het straathoekwerk niet anders dan de doelgroep praktische informatie door te geven en praktische dienst- en hulpverlening aan te bieden. Dit omdat de doelgroep er nood aan heeft en omdat de drempel te groot blijkt te zijn.
Tegelijk is dit aanbod een dankbare inganspoort voor het kontakt met de doelgroep. Als je kunt bewijzen dat je de doelgroep iets te bieden hebt, dan kun je je meer permitteren.

Dit aanbod moet echter altijd gericht zijn op het leggen van linken naar andere instanties. Met andere woorden, het straathoekwerk zal er naar streven om de stap naar andere instanties gemakkelijker te maken voor de doelgroep.

2. Het groepswerk

Het groepswerk (het wat, hoe en waar ?) is sterk afhankelijk van de doelgroep waarmee je werkt. Maar ook het groepswerk wordt gekenmerkt door een zo laagdrempelig mogelijke

aanpak. Dit is niet zo eenvoudig. Het is een kunst om een zo laagdrempelig mogelijk groepsaanbod uit te bouwen.

Je moet rekening hounden met een aantal faktoren :

- de doelgroep van straathoekwerk is dikwijls niet echt geïnteresseerd in groepswerk. Je moet dan ook :
  * rekening houden met kleine groepen,
  * rekening houden met hun behoeften. Ze zijn geïnteresseerd in tot de verbeelding sprekende aktiviteiten waar ze kicks ervaren. Dit kost geld. Meestal hebben ze dat niet.
- Ze hebben het moeilijk om zich te houden aan afspraken, om om te gaan met regels, ...
- Het is moeilijk om te plannen. Op middellange termijn denken is dikwijls moeilijk voor hen.

Een laagdrempelige aanpak van het groepswerk vereist dan ook :

- aktiviteiten die tot de verbeelding spreken, of waar een uitdaging in zit,
- aktiviteiten die je ook met een paar man kunt doen,
- zo weinig mogelijk regels en afspraken, alleen het allernoodzakelijkste. Op die manier vermijd je dat al je energie gaat naar het naleven van regels en afspraken,
- een grote kreativiteit en flexibiliteit in het aanbod dat je doet,
- ...

Hoe laagdrempelig je ook probeert te werken, je kunt toch niet vermijden dat je naar de doelgroep een extra drempel inbouwt.
Dit is onvermijdelijk. Toch is het een methodiek die het werk heel wat mogelijkheden kan bieden. Het nut van een groepsaanbod ligt op verschillende vlakken :

- je kan het gebruiken om kontakt te krijgen met de doelgroep of delen ervan,
- via het groepsaanbod kan je een vertrouwensrelatie bouwen,
- je kunt werken aan het zelfvertrouwen van de doelgroep,
- je kan de doelgroep konfronteren met bepaalde problemen,
- bijvoorbeeld een slechte konditie,
- je traint hen in :
  * het zich houden aan afspraken,
  * het navolgen van regels,
  * het opnemen van verantwoordelijkheid,
  * ...
- het ervaren van kicks is voor de meeste doelgroepen van het straathoekwerk erg belangrijk. Als straathoekwerker doe je een aanbod waarin ze kicks kunnen ervaren of waarin een uitdaging zit. Met dit verschil dat dit positieve kicks en uitdagingen zijn.
- ...

Zoals je ziet komen bij groepsaktiviteiten dezelfde fasen voor als in het eerder vermelde individuele motivatiemodel.

Het is een heel interessante werkvorm. Toch mag het groepsaanbod geen doel dat het straathoekwerk het werk van andere instanties gaat overnemen.

3. Het strukturele werk

Meestal zit de doelgroep van het straathoekwerk in een maatschappelijk kwetsbaarheidsproces. Dit proces voltrekt zich in interactie met de maatschappelijke instellingen. Het probleem situeert zich dan ook niet alleen bij de doelgroep zelf, maar ook bij de maatschappelijke

instellingen. Als het straathoekwerk probleemoplossend wil werken dan moet het ook struktureel werken. Dit wil zeggen dat we de maatschappelijke instanties erbij moeten betrekken.

Dit kan op verschillende manieren :

A. Signaalfunktie :
Het straathoekwerk heeft een belangrijke signaalfunktie. Dat bestaat uit het signaleren van :
- bepaalde problemen van de doelgroep,
- maar ook het signaleren van problemen die te maken hebben met een niet goed funktioneren van maatschappelijke instanties t.o.v. de doelgroep.

B. Belangenbehartiging :
In samenwerkingsverbanden, in overlegsituaties, enz. verdedigt het straathoekwerk de belangen van haar doelgroep en komt daarvoor op.

C. Netwerkvorming, samenwerkingsverbanden :
In funktie van zichzelf en van de doelgroep zoekt de straathoekwerker mensen uit de verschillende instanties. Dit met twee doelstellingen :
- hulp bij het deskundig begeleiden van de doelgroep,
- het bekomen van een meer gecoördineerde aanpak.

Ook de verschillende overlegsituaties en samenwerkingsverbanden hebben dit als doel.
Net zoals het individuele en het groepswerk verloopt het strukturele werk in verschillende stappen. Die stappen zijn :
- de maatschappelijke instanties leren kennen,-streven naar een vertrouwensrelatie,
- die vertrouwensrelatie maakt het mogelijk om op een gezonde en efficiënte manier om te gaan met het verschil in belangen en positie t.o.v. de doelgroep,
- het signaleren van de problemen van de doelgroep,
- duidelijk maken aan maatschappelijke instanties dat zij daarin ook een aandeel hebben,
- duidelijk maken dat maatschappelijke instanties wel degelijk iets te bieden hebben naar de doelgroep toe,
- ze niet met rust laten, problemen blijven aankaarten,
- samenwerkingsverbanden opzetten, overlegsituaties creëren,
- ...

Dit strukturele werk is een vorm van oppositioneel werk, maar het mag niet verlammend werken. Langs de andere kant mogen samenwerkingsverbanden het straathoekwerk ook niet hinderen. Het moet voor het straathoekwerk ten allen tijde mogelijk zijn om haar oppositionele taak waar te maken.

EEN ZELFORGANISATIE VAN DRUGGEBRUIKERS EN HUN ERVARINGEN MET PEER EDUCATION

Martine Hutsebaut, Debed

1. "DEBED": de Belgische druggebruikers in het verweer

1.1 Inleiding

"DEBED" (De Bond voor een Emancipatorisch Drugbeleid) vzw is een belangenvereniging van druggebruikers en exgebruikers. In theorie kunnen partners en ouders van gebruikers eveneens aan onze werking deelnemen (alle hulp is meer dan welkom), mits ze aanvaarden dat het eerste en laatste woord aan de gebruikers is (overeenkomstig ons emancipatiestreven).

De aanleiding voor onze oprichting is ondertussen welbekend. Toen in het begin van de jaren negentig de Belgische overheden het plots nodig vonden om de "War on Drugs" ook hier weer in te voeren, achtte een groep van gebruikers en exgebruikers in Brussel en Antwerpen het hoog tijd om te reageren. Na ruim een jaar van lange en harde discussie werd de oprichting van "DEBED" op 17 oktober 1992 een feit. Vanaf deze datum hadden ook de Belgische druggebruikers hun officiële spreekbuis.

Let wel: àlle gebruikers, omdat wij in tegenstelling tot de meeste van onze buitenlandse strijdmakkers geen onderscheid maken volgens de produkten. De indeling in "soft-" en "harddrugs" is in onze ogen immers niets anders dan een strategie om de gebruikers onderling te verdelen. Elk produkt kan op een geïntegreerde wijze gebruikt worden; dààr gaat het om (zie verder).

1.2 Doelstelling en werking

Net als de meeste belangenorganisaties in Europa streeft "DEBED" naar **de maatschappelijke aanvaarding en tolerantie van alle druggebruikers, dus ook van het druggebruik op zich.** Druggebruik is niet iets dat je overvalt; het gaat om een keuze voor een of meer genotsmiddelen. Een keuze die bovendien niet problematisch hoeft te zijn, noch problematisch hoeft te worden. Daarmee geven we meteen aan wat een effectief drugbeleid volgens ons moet doen: **de maatschappelijke condities scheppen voor een maximale preventie van problematisch druggebruik (het "niet-geïntegreerd druggebruik"[1]).**

In laatste instantie zal er dan ook geen afzonderlijk drugbeleid meer nodig zijn. Het voorkomen en verhelpen van problematisch omgaan met genotsmiddelen en dergelijke vormt namelijk slechts één aspect van een overkoepelend gezondheids- en welzijnsbeleid.

Aldus beschouwd vormt de ontwikkeling van zo'n beleid de belangrijkste tussenstap op weg naar de maatschappelijke tolerantie die wij wensen te bereiken. De vier pijlers van dit beleid, dat wij "emancipatorisch drugbeleid" noemen, vormen in die optiek de aangrijpingspunten van onze werking:

[1] Voor meer uitleg over dit theoretisch kader verwijs ik naar onze publicatie "Harm-Reduction in een prohibionistische context".

1.2.1 Pijlers van het emancipatorisch drugbeleid

1. De stapsgewijze staatsgecontroleerde reglementering van de produktie, de verkoop en de consumptie van alle drugs (Dit is onze omschrijving van "legalisatie").
2. De demedicalisering en depsychiatrisering van de gebruikers via de ontwikkeling van een gediversifieerde hulpverlening zonder dwang- en drangvoorwaarden èn toegankelijk naar keuze van de betrokkenen.
3. De ontwikkeling van een daadwerkelijke preventie: dat wil zeggen gericht op het voorkomen van problematisch gebruik.
4. De bestrijding van stereotiepen, vooroordelen en discriminaties op basis van drugkeuzes.

1.2.2 Pijlers van onze werking

1. Acties, interventies en publikaties als politieke en maatschappelijke **drukkingsgroep.**
2. Opvang en Begeleiding van niet-geïntegreede gebruikers op vraag van de betrokkenen zelf **("zelfzorg").**
3. **Harm-reduction** activititeiten (preventie en voorlichting)
4. Collectieve en Individuele Belangenbehartiging en bemiddeling
(deelname aan debatten, congressen, studiedagen, voorlichting op scholen en andere instellingen)

Al onze concrete initiatieven situeren zich met andere woorden binnen een of meer van de vier voorgaande pijlers.

1.3 Actuele stand van zaken

Wat begon als een tastende zoektocht naar belangenbehartiging van gebruikers enerzijds en beleidsveranderingen anderzijds, heeft begin vorig jaar geleid tot een eerste erkenning en later een eerste subsidie voor een project rond "Harm-Reduction" en "Zelfzorg" dat liep van 1 juli 1994 tot 30 juni van dit jaar. Door een ongelukkige ministerwissel zitten we sindsdien, als enige belangenorganisatie in Europa, weer zonder geld.

Deze situatie heeft nu al geleid tot het wegvallen van heel wat netwerken en contactpersonen, met name in Gent en Antwerpen. Als dit nog even duurt, kunnen we weer van voor af aan beginnen. Dit zegt veel over de conservatieve mentaliteit van de Vlaamse overheid, die nochtans de voortzetting van een "Harm-Reduction" beleid uitdrukkelijk in haar regeringsverklaring heeft vermeld. Wat ons meteen bij het onderwerp van dit seminarie brengt.

2. Over Harm-Reduction en Peers.[2]

2.1 Inleiding

Voor ons is "Harm-Reduction" de verzamelnaam voor **alle activiteiten die streven naar de maximale beperking van risico's van druggebruik. Daarbij moeten de betrokkenen aangemoedigd worden, hun risicogedrag te vermijden.** In de praktijk zullen ook wij echter "Harm-Reduction" vooral toepassen op IV-druggebruikers.

Het belangrijkste is dat de informatie op het juiste tijdstip op de juiste plaats terechtkomt. Meer bepaald kan "harm-reduction" pas écht ingang vinden bij de doelgroep(en) **wanneer elke gebruiker precies weet waar (en wanneer) welke informatie voorhanden is.** A fortiori geldt hetzelfde voor de niet-gebruikers, die eveneens aan de beschikbare informatie moeten kunnen raken. In die optiek doen zich drie knelpunten voor:

1. "Harm-Reduction" is geen absoluut maar een relatief begrip, dat door verschillende actoren verschillend ingevuld wordt.

2. "Harm-Reduction" met betrekking tot druggebruik situeert zich in een illegale context, i.e. een sociaal-culturele setting waarin de verkoopsvoorwaarden bepaald worden door oncontroleerbare actoren (de georganiseerde misdaad voorop). Informatie is schaars, en wordt door de prohibitionistische lobbies en vertegenwoordigers altijd op een uitsluitend negatieve manier verspreid.

3. De belangrijkste vraag in de praktijk is welke rol de druggebruikers zèlf in de uitwerking van "Harm-Reduction" programma's kunnen/moeten spelen.

In grote lijnen kunnen we twee types van "Harm-Reduction" onderscheiden: de **"peer education"**, waarbij niet-gebruikers het initiatief nemen naar de gebruikers toe. Deze werkwijze kan zeer goed bedoeld zijn, toch staat het een daadwerkelijke emancipatie van de gebruikers in de weg omdat de ervaringsdeskundigheid van deze laatsten niet voorop staat. Bovendien bestaat hier nog steeds een ongelijke relatie tussen "professionele werker" en "cliënt".

Aan de andere kant bestaat de integrale aanpak van onderaf: de **"peer support"**. Deze werkwijze is inherent aan belangenverenigingen van (ex-)druggebruikers.[3]

---

[2]: Voor een meer uitgebreide bespreking verwijs ik naar onze publikatie ter zake (zie voetnoot 1).

[3]: Althans binnen de prohibitionistische context. In een legale situatie zouden belangenverenigingen immers heel andere taken verrichten, omdat de sociaal-politieke belangenbehartiging dan praktisch wegvalt.

2.2 Harm-Reduction in de "DEBED"-praktijk

Wegens het ontbreken van een eigen lokaal (als enige in Europa) vindt het leeuwendeel van onze initiatieven op dit gebied plaats via terreinwerking. Bepakt en bezakt met handige MAINLINE-tassen, gevuld met folders, publikaties (en soms met nieuwe spuiten en steriel materiaal) begeven één, twee of drie van onze medewerkers zich op verschillende plaatsen in Brussel, Gent of Antwerpen waar vooral dakloze en/of zwervende "druggebruikers" vertoeven.

Bij deze gelegenheden worden contacten gelegd of onderhouden, afspraken gemaakt, informatie uitgewisseld, tips gegeven, publikaties (krantjes) uitgedeeld, spuiten geruild enzovoorts.
In uitzonderlijke situaties laten wij toe dat de betrokkenen ook in Brussel (op de maatschappelijke zetel) langskomen. De adressen van onze plaatselijke medewerkers geven we niet door, deels uit voorzichtigheid, deels omdat het zeer erg is dat gebruikers bij elkaar thuis moeten komen omdat wij (vooralsnog) geen lokaal bezitten.

Concreet onderscheiden we twee soorten terreinwerkingen: de **gerichte** (gestructureerde en voorbereide) en de **niet-gerichte** versies (wanneer er concrete aanleidingen toe bestaan). Alleen van de eerstgenoemde initiatieven houden wij gegevens bij.

Let wel, pas sinds juli 1994 (aanvangsdatum van onze subsidiejaar) hebben we deze reeks activiteiten effectief kunnen uitvoeren (met nadruk op de eerste zes maanden van 1995 toen we 100 % zekerheid kregen dat het beloofde geld inderdaad bestond !). Zoals gezegd kunnen wij deze inspanningen wegens de subsidiestop voorlopig niet meer aan.

2.3 Resultaten: een samenvatting[4]

Terreinwerking betekent in de eerste plaats het leggen van contacten met (vooral) zwervende gebruikers waarvan een deel bovendien dakloos is. Een groot deel van de betrokken personen kan in die context dan ook als "niet-geïntegreerd" beschouwd worden. De doorsnee geïntegreerde gebruiker zal immers niet rondzwerven, maar zich enkel in de scènes begeven wanneer hij of zij iets wil kopen.

In de tweede plaats proberen we via onze terreinwerking de contacten te onderhouden. Het uitdelen van publikaties zoals bijvoorbeeld ons krantje "SAFE USE" vormt daarbij een belangrijk werkinstrument om gesprekken te initiëren. Deze discussies leiden dan op hun beurt tot een grotere bewustwording van de eigen situatie, de eerste stap naar geïntegreerd gebruik.

Na elke terreinwerking proberen de betrokken medewerkers zo goed mogelijk op te tekenen wat de aard van de vragen en interventies eigenlijk was (daarnaast tellen ze het aantal bereikte mensen, zo nauwkeurig mogelijk de leeftijd schattend).

---

[4]: Voor concrete cijfers en tabellen verwijs ik eens temeer naar onze publikatie over "Harm-Reduction".

Een algemene evaluatie van deze notities toont aan dat de meeste vragen over "veilig gebruik" (inclusief veilig spuiten en produktinformatie handelden; wellicht ook omdat wij de gesprekken vooral dáár op aansturen (het is immers onze taak om dit te doen). Aldus beschouwd hebben wij toch ruim tweehonderd mensen kunnen aanleren hoe ze veilig moeten spuiten. Meer in het algemeen hebben ruim 1200 gebruikers tevens de door hun gevraagde informatie en voorlichting over "veilig gebruik" gekregen (mondeling en/of schriftelijk).
Met andere woorden gaat het hier om 1200 mensen die een verminderde kans op ongelukken en infecties hebben gekregen. Een duidelijk bewijs dat "peer-support" (i.c. voorlichting door en voor gebruikers) een geschikt werkinstrument is in de AIDS-en hepatitis-preventie. Een reden temeer voor een definitieve erkenning en dito toewijzing van een vast lokaal !
Opgelet: de gegevens die we aldus optekenden, mogen NIET geïnterpreteerd worden als een indicatie voor de samenstelling van 'de drugscènes' in de betrokken gemeenten. Het gaat wel degelijk enkel om de personen die wij bereikten op specifieke tijdstippen en lokaties. Als zodanig kunnen de data alleen dienen als **indicatie van onze werking** (hoeveel mensen bereiken wij en hoe is de bereikte populatie ongeveer samengesteld). Daarom hebben wij trouwens geen overzichten en tabellen opgesteld voor de afzonderlijke gemeentes. Dit zou teveel mensen ertoe kunnen verleiden, volstrekt foutieve conclusies te trekken over de 'drugscènes.

In dat kader herhalen wij ons betoog dat we al jaren voeren: zolang druggebruik strafbaar is, kan je geen enkele betrouwbare wetenschappelijke gegevens verzamelen over de aard, de omvang en de spreiding van dat gebruik. De recente initiatieven ter zake van de Vlaamse Gemeenschap (gekoppeld aan de werking van het Europees monitoring-project) moeten bijgevolg voortdurend in die zin gekritiseerd worden.

Voor wat onze concrete gegevens betreft: de grootste groep die wij bereikten, situeert zich tussen 18 en 30 jaar. In die categorie zitten zowel de beginnende gebruikers als doorwinterde, al dan niet geïntegreerde gebruikers. In de categorie 30 + zitten vrijwel uitsluitend geïntegreerde gebruikers (meestal van opiaten), die met vallen en opstaan hun gebruik onder controle kregen.

De groep van minderjarigen is ietwat apart; meestal ging het om cannabisgebruikers die 's weekends speed, XTC of soms cocaïne bijgebruikten (of andersom). Deze personen hadden dan ook zeer specifieke vragen, vooral omdat ze weinig ervaring hadden.

Zodoende vult onze terreinwerking in grote lijnen twee belangrijke functies in, die door de reguliere hulpverlening en preventie NIET gewaarborgd kunnen worden:

1. Informatie over veilig gebruik en risicovermijding aan jongeren tussen 18 en 30.
2. Specifieke informatieverstrekking aan jongeren beneden de 18 jaar.

Wat het geslacht betreft: net als weergegeven in de literatuur ter zake, zijn de meeste zwervende gebruikers inderdaad mannen. Toch hebben we relatief gezien meer vrouwen ontmoet dan normaliter te verwachten viel. Wellicht ligt dat aan het feit dat wij effectief emancipatorisch te werk gaan en bijgevolg ook strijden tegen het openlijk sexisme dat in veel druggebruikers-scènes nog steeds bestaat.

3. De prohibitionistische grenzen van de "Harm-Reduction"

Het spreekt vanzelf dat de illegale context waarin drugs gebruikt worden, een belangrijke conditionering inhoudt van de effectieve risico's en de preventie ervan. We kunnen immers zoveel informatie en voorlichting verstrekken als we willen; zolang de illegale marktlogika de regel is, zullen de samenstelling en de standaardisering van de produkten onzeker en oncontroleerbaar blijven.
Kortom: terwijl een effectieve voorlichting over de produkten in eerste instantie moet vertrekken van de eigenschappen en effecten van de produkten in hun zuivere (gekende) vorm, zal elke uitleg ten aanzien van de illegale verschijningswijze van de betrokken produkten noodgedwongen onvolledig of volstrekt verkeerd zijn. Bijgevolg loopt zelfs de meest voorzichtige en goed geïnformeerde gebruiker een kans op ongelukken. Dit realistisch gegeven dwarsboomt de opzet van elk initiatief op het vlak van de harm-reduction.

Dezelfde opmerking geldt voor de voorlichting over "veilig gebruik" ("safe use"). Wegens de onwetendheid inzake standaardisering, kan een overdosis gemakkelijk optreden, ook al omdat bepaalde mengsels (bijvoorbeeld heroïne mèt cafeïne) de facto levensgevaarlijk zijn.
Bovendien zijn de handelaars (op alle niveaus) volkomen vrij om de samenstelling en de versnijding van hun produkten naar eigen willekeur te variëren, zodat het onmogelijk wordt om onmiddellijk in te spelen op bepaalde problemen op de markt.

Zogauw een gevaarlijk mengsel ontdekt wordt, is het voor ons al te laat, omdat het produkt al eens gebruikt werd. Zelfs al reageren we kort daarna, dan nog kan het betrokken mengsel alweer vervangen zijn door een ander, minder of juist meer gevaarlijke stof.

Conclusie: zolang drugs illegaal blijven, zal er slechts ten dele sprake kunnen zijn van een daadwerkelijke risicobeperking. Wij stellen dan ook voor om "harm-reduction" in een prohibitionistische context het voorvoegsel "pseudo" toe te kennen, zodat de duidelijke limieten zichtbaar worden. Dit begrip wil niet denigrerend zijn, maar de reële grenzen en mogelijkheden op een ondubbelzinnige wijze aangeven.

Wanneer we in deze tekst over "harm-reduction" spreken, bedoelen wij dus "Pseudo Harm Reduction".

4. Besluit: Harm-Reduction binnen de illegale context

Veel "drugproblemen" zijn te wijten aan de illegale situatie, die drugs en hun gebruikers diaboliseert, zodat heel wat vooroordelen een hardnekkig bestaan blijven leiden. Vooral de negatieve houding van de publieke opinie, voortdurend gevoed door een grote desinformatiestroom, speelt daar een belangrijke rol in. Druggebruikers worden in hun dagelijks leven dan ook vaak geconfronteerd met onbegrip, marginalisatie, fysieke en psychologische intimidaties enzovoorts, vanwege een populatie die in zwart-wit schema's denkt.

Daardoor hebben heel wat waardevolle initiatieven zoals spuitenruil en "safe use" technieken grote moeilijkheden om op een serene wijze op te starten. Alleen daarom reeds is "Harm-Reduction" in een illegale context sterk begrensd.

Anderzijds kunnen we hieruit concluderen dat belangenverenigingen van (ex)druggebruikers met betrekking tot "harm-reduction" een inderdaad een bijkomende taak moeten vervullen: de consequente bestrijding van de heersende vooroordelen. Sensibilisering van alle druggebruikers staat hierbij voorop. Daar kan de volksgezondheid en het welzijn van iedereen er enkel beter bij varen. Het debat ter zake staat nog open: wij zijn alleszins steeds bereid tot een zinvolle dialoog ter zake.